



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 2, 2005

Le jeudi 2 juin 2005

Issue No. 17

Fascicule n° 17

Twenty-third and twenty-fourth meetings on:
Mental health and mental illness

Vingt-troisième et vingt-quatrième réunions concernant :
La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Gill Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Gill Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

* Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

REGINA, Thursday, June 2, 2005
(31)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Tea Room of the Radisson Plaza Hotel Saskatchewan Regina, the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Keon (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Schizophrenia Society of Saskatchewan:

Thomas Bartram, Member;

Carol Solberg, Executive Director.

Depression and Manic Depression Support Group of Regina:

Frank Dyck.

Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment:

Lisa Simmermon, Public Relations Director.

Mental Health and Addictions Advisory Committee, Five Hills Health Region:

Darrell Downton Co-Chair;

Les Gray, Co-Chair;

Anne-Marie Ursan, Manager, Rehabilitation Services.

Thomas Bartram, Carol Solberg, Frank Dyck and Lisa Simmermon each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 10:35 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:45 a.m. the committee resumed its sitting.

Darrell Downton, Les Gray, and Anne-Marie Ursan each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 11:41 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

REGINA, le jeudi 2 juin 2005
(31)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans le Salon de thé de l'hôtel Radisson Plaza Saskatchewan, à Regina, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck et Keon (2).

Également présent : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Société de la schizophrénie de la Saskatchewan :

Thomas Bartram, membre;

Carol Solberg, directrice administrative.

Depression and Manic Depression Support Group of Regina :

Frank Dyck.

Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment :

Lisa Simmermon, directrice des relations publiques.

Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies, Five Hills Health Region :

Darrell Downton, coprésident;

Les Gray, coprésident;

Anne-Marie Ursan, gérante, services de réhabilitation.

Thomas Bartram, Carol Solberg, Frank Dyck et Lisa Simmermon font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 10 h 35, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 45, le comité reprend ses travaux.

Darrell Downton, Les Gray et Anne-Marie Ursan font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 11 h 41, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

REGINA, Thursday, June 2, 2005
(32)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 12:55 p.m., this day, in the Tea Room of the Radisson Plaza Hotel Saskatchewan Regina, the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Keon (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Robert Allen, Executive Director.

Farm Stress Line Advisory Group:

Lil Sabiston, Chair;

Ken Imhoff, Manager.

Canadian Mental Health Association, Saskatchewan Division:

David Nelson, Executive Director.

Saskatchewan Psychiatric Association:

Dr. Dhanpal Natarajan, Past Chair;

Dr. David Keegan, Member;

Dr. Annu Thakur, Member.

Robert Allen, Lil Sabiston, Ken Imhoff and David Nelson each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 2:10 p.m. the committee suspended its sitting.

At 2:15 p.m. the committee resumed its sitting.

Dr. Thakur, Dr. Keegan and Dr. Natarajan each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 3:06 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

REGINA, le jeudi 2 juin 2005
(32)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 12 h 55 h dans le salon de thé de l'hôtel Radisson Plaza de Regina, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck et Keon (2).

Est présent : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, Analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Sont également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le Comité poursuit l'examen du système de santé du Canada, en particulier les questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Registered Psychiatric Nurses of Canada :

Robert Allen, directeur administratif.

Farm Stress Line Advisory Group :

Lil Sabiston, présidente;

Ken Imhoff, gérant.

Association canadienne pour la santé mentale, section de la Saskatchewan :

David Nelson, directeur administratif.

Association psychiatrique de la Saskatchewan :

Le docteur Dhanpal Natarajan, ancien président;

Le docteur David Keegan, membre;

Le docteur Annu Thakur, membre.

Robert Allen, Lil Sabiston, Ken Imhoff et David Nelson font chacun une déclaration, puis ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 14 h 10, la séance est suspendue.

À 14 h 15, la séance reprend.

Les docteurs Thakur, Keegan et Natarajan font chacun une déclaration, puis ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 3 h 6, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

REGINA, Thursday, June 2, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chairman*) in the chair.

[English]

The Deputy Chairman: Ladies and gentlemen, Senator Callbeck and myself are representing the committee this morning. You should know that Senator Callbeck was a minister of health in Prince Edward Island and, of course, former premier of the province. My background was in medicine before I entered the Senate and I continued in that capacity until last April. I no longer do anything in the field of medicine.

We will begin our hearings this morning with Mr. Thomas Bartram.

Mr. Thomas Bartram, Member, Schizophrenia Society of Saskatchewan: Good morning. I sent some material off to Senator Kirby, so you should have a copy of this letter.

I would first like to point out that the Saskatchewan Drug Prescription Plan subsidizes the cost of my medication. I pay 17 per cent of the cost of my Zyprexa each month. The cost of the medication is approximately \$300 per month. Therefore, the plan greatly augments my current income.

I currently receive a CPP disability pension, and I will enlighten you about the process by which I obtained my pension. I regret that there is not a copy of this letter in the documents I provided to you.

Initially, on July 23, 1992, I was receiving a pension. I was aware that other members of our group, By Ourselves, had taken advantage of the pension as well. I found it difficult to get any written material about the conditions of the pension. I made a telephone call to the Liberal Party of Saskatchewan and they contacted CPP. I received a letter saying, "Further to our telephone conversation this date..." et cetera.

Then I took this letter and a copy of the letter that you do have from the Government of Canada to a member of my family who is a judge of the Court of Queen's Bench. He told me that he believed an offer had been made to me. I wrote to the Minister of Human Resources and Development and inquired as to the authority under which the offer was made and I received a reply.

I was informed by a member of our organization that the director of the Canada Pension Plan was Nancy Lawand. I contacted Ms. Lawand and sent her a copy of some materials. I also requested clarification of the meaning of "substantially gainful occupation" and other conditions of the pension plan.

TÉMOIGNAGES

REGINA, le jeudi 2 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le vice-président : Mesdames et messieurs, le sénateur Callbeck et moi-même représentons les membres du comité ce matin. Le sénateur Callbeck a été ministre de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard et, évidemment, ancien premier ministre de cette province. Pour ma part, j'ai travaillé dans le domaine de la médecine avant de devenir sénateur, et ce jusqu'en avril dernier.

Nous allons commencer ce matin par le témoignage de M. Thomas Bartram.

M. Thomas Bartram, membre, de la Société de la schizophrénie de la Saskatchewan : Bonjour. J'ai transmis certains documents au sénateur Kirby; vous devriez donc avoir une copie de cette lettre.

J'aimerais d'abord souligner le fait que le régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan paie une partie de mes médicaments. Tous les mois, je dois payer 17 p. 100 de ce que coûte le Zyprexa. Ce médicament coûte environ 300 \$ par mois. Par conséquent, le régime d'assurance-médicaments augmente beaucoup mon revenu en ce moment.

Je reçois actuellement une pension d'invalidité du RPC, et j'aimerais vous dire comment j'en suis venu à toucher cette pension. Je vous prie de m'excuser de ne pas avoir joint une copie de cette lettre aux documents que je vous ai fournis.

J'ai commencé à recevoir une pension le 23 juillet 1992. Je savais que d'autres membres de notre groupe, By Ourselves, en recevaient une aussi. Puisque j'avais de la difficulté à obtenir des documents sur les conditions du régime, j'ai appelé le Parti libéral de la Saskatchewan qui a communiqué ensuite avec le RPC. J'ai reçu une lettre disant « À la suite de notre conversation téléphonique, le... », et cetera.

J'ai ensuite montré cette lettre, ainsi que la copie de la lettre du gouvernement du Canada que vous avez entre les mains, à un membre de ma famille qui est juge à la Cour supérieure. Il m'a dit qu'à son avis, on venait de me faire une offre. J'ai donc écrit au ministre du Développement des ressources humaines pour savoir en vertu de quelle disposition l'offre m'avait été faite, et j'ai reçu une réponse.

Un membre de mon organisation m'a dit que le directeur du Régime de pensions du Canada s'appelait Nancy Lawand. J'ai communiqué avec Mme Lawand et lui ai envoyé une copie de certains documents. J'ai également demandé des précisions sur le sens de « une occupation véritablement rémunératrice » et sur d'autres conditions du régime de pension.

I received a letter from her and subsequently initiated a strategy whereby I worked driving a taxicab for two shifts per week, 10 hours per shift. I went through what was ostensibly a blind reassessment process. I was of the belief that I could earn extra income while continuing to receive pension benefits, which was of assistance to me because there is a limit to the amount of stress I can place upon myself, and I did not wish to be disqualified from the pension plan.

I received a letter saying, "Thank you for the additional information regarding your eligibility for Canada Pension disability benefits. After reviewing this information, our disability adjudication staff has determined that your benefits will be continued. Please notify us if your condition improves or your hours of work increase or your rate of pay increases."

As a taxi driver I am self-employed. I pay a lease on the car of \$50 per shift and I pay for the gasoline. The amount of income I receive is determined by my busyness or the crises of the day. I just thought I would qualify that.

I would also like to comment on *R. v. Emerson Bonnar*, a New Brunswick case, and *Starson v. Swayze*, which caused Parliament to redraft the Criminal Code of Canada in regards to the psychiatrically disordered. I would like to see that statute reviewed. Presently, the Saskatchewan Mental Health Services Act duplicates a lot of the authority of this legislation, in that under this act a psychiatrist, in treating refractory schizophrenic patients, can detain a person in the North Battleford Psychiatric Hospital until symptoms are controlled or indefinitely.

In regard to capping provisions, I feel that the Criminal Code could be capped if provincial legislation similar to Saskatchewan's was enacted in the other provinces of Canada.

In regard to the administration of the act, there is the case of *R. v. Patty Clark* where much less serious charges of room fraud, taxi fraud and food fraud were laid against her. As a member of By Ourselves in Regina I attended her trial. The judge was perplexed about what to do about a person who is acutely ill and whose charges were so minor. The psychiatrist did not testify, which obstructed the process of the court, and she was sent to Pine Grove Correctional Centre for 30 days awaiting trial. There she was hospitalized in the local psychiatric ward.

I believe — and I raised this complaint before a judge — that this is undue harassment in the sense that a judge can now order, without calling a psychiatrist, a 30-day remand to the Saskatchewan Hospital for a psychiatric assessment, which provides the court with a written report.

In that case, the judge, the prosecutor and defence counsel all noted that the amount of time she had served was adequate for the offences she had been convicted of. She was, however, referred to a psychiatrist under the Mental Health Services Act after the judge dismissed the charges.

Elle m'a répondu par écrit; j'ai ensuite pu déterminer que je pouvais travailler comme chauffeur de taxi pendant deux quarts de travail, à raison de 10 heures par quart. J'ai donc été soumis à ce qui se semble être un processus de réévaluation aléatoire. Je croyais que je pouvais suppléer mon revenu tout en continuant de recevoir des prestations, ce qui m'était nécessaire puisque je ne peux tolérer trop de stress, et je ne voulais pas être jugé inadmissible à recevoir des prestations du régime.

J'ai ensuite reçu une lettre dans laquelle on me remerciait d'avoir fourni d'autres renseignements permettant de déterminer mon admissibilité au Régime de pensions du Canada et qu'on me disait que le personnel responsable de l'évaluation des demandes avait déterminé, après avoir examiné ces données, que mes prestations pouvaient se poursuivre. On me disait aussi de les aviser si mon état s'améliorait ou si mon nombre d'heures de travail ou mon taux de rémunération augmentait.

Étant un chauffeur de taxi, je suis un travailleur autonome. Je dois louer la voiture à raison de 50 \$ par quart de travail et je paie l'essence. Mon revenu est déterminé par le nombre de clients ou la crise du jour. Je voulais seulement préciser ça.

Je veux également commenter la décision *R. c. Emerson Bonnar*, au Nouveau-Brunswick, et la décision *Starson c. Swayze*, qui a forcé le Parlement à revoir le Code criminel du Canada pour ce qui touche les personnes souffrant de troubles mentaux. J'aimerais que cette loi soit revue. À l'heure actuelle, la loi de la Saskatchewan, la Mental Health Services Act, reprend une bonne partie des pouvoirs de cette loi dans la mesure où un psychiatre qui traite un patient souffrant de schizophrénie réfractaire peut garder indéfiniment cette personne à l'hôpital psychiatrique de North Battleford ou jusqu'à ce que les symptômes aient été maîtrisés.

En ce qui a trait aux dispositions concernant la durée maximale, je pense qu'on pourrait imposer un maximum au Code criminel si les autres provinces adoptaient une loi semblable à celle de la Saskatchewan.

En ce qui a trait à l'administration de la loi, dans l'affaire *R. c. Patty Clark*, des accusations beaucoup moins sérieuses de fraude ont été portées contre elle, notamment en ce qui concerne le logement, des courses en taxi et de la nourriture. En tant que membre de By Ourselves, à Regina, j'ai assisté à son procès. Le juge ne savait pas trop quoi faire avec une personne si gravement malade et accusée de délits si mineurs. Le psychiatre n'a pas témoigné, ce qui a nui à la procédure, et elle a été envoyée au centre correctionnel de Pine Grove pour 30 jours en attendant son procès. Elle a été hospitalisée là-bas dans l'aile psychiatrique.

Comme je l'ai déjà dit auparavant à un juge, je crois que c'est du harcèlement puisqu'un juge peut maintenant exiger, sans avoir fait appel à un psychiatre, une détention préventive de 30 jours dans un hôpital de la Saskatchewan pour qu'une personne soit évaluée psychologiquement et obtenir un rapport écrit.

Dans cette affaire, le juge, le procureur et l'avocat de la défense étaient tous d'accord pour dire que le temps passé en détention était suffisant pour les délits qui lui avaient été reprochés. Elle a été néanmoins adressée à un psychiatre en vertu de la Mental Health Services Act après que le juge a rendu un non-lieu.

In another case, *R. v. David Thompson*, Mr. Thompson's symptoms became acute and he began assaulting people in the drop-in centre. He was charged with assault, convicted and sentenced to the Provincial Correctional Centre. His social worker made arrangements for him to be placed in the Saskatchewan Hospital in North Battleford because the environment at the correctional centre was too hostile for a person in an acute stage of treatment.

Subsequently, he was released and placed under a community treatment order which, if he failed to attend for injections of medication or failed to be at his place of residence, allowed the psychiatrist to have him picked up by the police and taken to the hospital.

I think the processes of the law should be tracked by the committee and a revision of the Criminal Code take place in the light of case studies of people with this disorder.

If there are any questions you wish to ask, please feel free.

The Deputy Chairman: You have stated your case with great clarity, Mr. Bartram, and referenced it very well. We have a complete record of your testimony. I will discuss it with the committee further and see if we can pursue your wishes. I am sure you appreciate that this would be an enormously complex undertaking, but we will see what we can do.

Mr. Bartram: Thank you very much.

Senator Callbeck: You mentioned that even though you are not on social assistance you pay only 17 per cent of the cost of your medications. Has that been in effect very long?

Mr. Bartram: It is part of the Saskatchewan Drug Prescription Plan. At one time the government had a drug plan that covered everyone, but because of budget restrictions they developed a means test for drugs.

Senator Callbeck: In a lot of provinces one has to be on social assistance to have their drugs covered.

The Deputy Chairman: We will move on, then, to Carol Solberg.

Please proceed.

Ms. Carol Solberg, Executive Director, Schizophrenia Society of Saskatchewan: I want to thank the committee for this opportunity to express some of the concerns of my colleagues and the people of Saskatchewan.

For the last 35 years or more I have worked in mental health with families and consumers. For 30 years I worked as a psychiatric nurse at the inpatient psychiatric unit of the General Hospital, and for the last five years I have been working with the Schizophrenia Society of Saskatchewan doing counselling and education and, most recently, as executive director. Much of what

Dans une autre affaire, *R. c. David Thompson*, on disait que les symptômes de M. Thompson s'étaient aggravés, puis qu'il avait agressé des gens du centre d'accueil. Il a été accusé de voies de faits et condamné à une peine d'emprisonnement au centre correctionnel de la province. Son travailleur social a pris des dispositions pour qu'il soit détenu dans un hôpital de la Saskatchewan, à North Battleford, étant donné que le centre correctionnel était un environnement trop hostile pour une personne en plein traitement.

Par la suite, il a été libéré et a dû se soumettre à une ordonnance de traitement en milieu communautaire; s'il ne se présentait pas pour une injection ou n'était pas à son domicile, le psychiatre pouvait demander à la police de l'arrêter et de l'amener à l'hôpital.

Je crois que le comité devrait suivre de près la façon dont la loi est appliquée et que le Code criminel devrait être revu à la lumière d'études de cas de personnes souffrant de troubles mentaux.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas.

Le vice-président : Vous avez présenté votre point de vue très clairement, monsieur Bartram, et l'avez très bien appuyé. Nous avons l'enregistrement complet de votre témoignage. Je vais en discuter davantage avec le comité et voir ce que nous pouvons faire. Je suis certain que vous comprenez que ce serait une démarche très complexe, mais nous verrons ce que nous pouvons faire.

M. Bartram : Merci beaucoup.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit ne payer que 17 p. 100 du coût de vos médicaments même si vous ne recevez pas de prestations d'aide sociale. Est-ce ainsi depuis longtemps?

M. Bartram : C'est ainsi que fonctionne le régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan. À une époque, le gouvernement avait un régime d'assurance-médicaments pour tous, mais en raison de restrictions budgétaires, il a déterminé que l'admissibilité au régime serait fondée sur le revenu.

Le sénateur Callbeck : Dans bon nombre de provinces, il faut recevoir de l'aide sociale pour que les médicaments soient payés.

Le vice-président : Nous allons maintenant céder la parole à Carol Solberg.

Allez-y.

Mme Carol Solberg, directrice administrative, Société de la schizophrénie de la Saskatchewan : J'aimerais d'abord remercier le comité de me permettre d'exprimer certaines des préoccupations de mes collègues et des gens de la Saskatchewan.

Depuis au moins 35 ans, j'interviens dans le domaine de la santé mentale auprès de familles et de clients. Pendant 30 ans, j'ai travaillé comme infirmière psychiatrique à l'unité des soins psychiatriques pour les malades hospitalisés à l'hôpital général. Depuis les cinq dernières années, j'offre des services de counselling et d'éducation au sein de la Schizophrenia Society of

I have to say today reflects the concerns that families and consumers have been expressing to me.

A mental health and addictions plan is definitely needed federally and provincially to enable better coordination of services. The plan must be flexible enough to allow for the needs of the consumers, or patients. In the past, programs have been in place that people seeking services must fit into. I believe that we should first look at what is needed, as programs would be more effective if they were established according to the actual needs.

I believe you have a copy of our short brief. I will probably not touch on all the issues as it would be too complicated and too long to do so, but, if you are interested, we could discuss the points in the brief later.

One concern that we have is access to services. People with acute symptoms are not able to wait weeks and months for services. They sometimes require help within hours or days. The waiting time to see a psychiatrist could be up to three months in Saskatchewan.

Recently in Regina a person who was extremely depressed was referred by her doctor to a psychiatrist who would be able to see her in three months. Fortunately, I was able to help her get in within a couple of days. Within three months she was feeling better and is now back at work teaching. I think that example speaks clearly as to how effective it can be if patients can be seen in a timely way. They can not only feel better but they can also head back into the work force. The long waiting times to see a psychiatrist is a concern. We really do need more psychiatrists.

Waiting times in the emergency department for people with mental illnesses and addictions is also a major concern. There is a psychiatric nurse in the emergency department who works five days a week, 9:00 to 5:00, which is not adequate. We know that people do not necessarily get ill only between 9:00 and 5:00 Monday to Friday. Increasing those hours would assist not only with the workload in the emergency department but would help people who are ill get connected with appropriate services in the community in a timely way so that they may not need to be seen or assessed by a psychiatrist.

Yesterday, I spoke to the nurse who works in the emergency department. She advised me that in one day she saw 10 people, only one of whom really needed to be seen by a psychiatrist. She was able to have them out of the emergency room in a short time. This is a very effective way of dealing with crises. Many times people who attend at the emergency department do not need to be seen by a psychiatrist or admitted; they only need some intervention. This is a very cost-effective way to deal with a difficult problem in the emergency department.

Saskatchewan. Maintenant, j'y travaille à titre de directrice administrative. La majeure partie de ce que j'ai à dire aujourd'hui reflète les inquiétudes dont m'ont fait part des familles et des clients.

Il faut absolument un plan concernant la santé mentale et les dépendances à l'échelle fédérale et provinciale pour assurer une meilleure coordination des services. Ce plan doit être suffisamment souple pour tenir compte des besoins des clients, ou si vous voulez, des patients. Dans le passé, les gens ayant besoin de services devaient satisfaire aux critères des programmes en place. Je crois que nous devons d'abord cerner les besoins pour ensuite élaborer des programmes qui y répondent et sont plus efficaces.

Je crois que vous avez une copie de notre bref mémoire. Je n'aborderai probablement pas toutes les questions car ce serait trop compliqué et trop long, mais si ça vous intéresse, nous pourrions en discuter plus tard.

Une de nos préoccupations, c'est l'accès aux services. Les personnes qui montrent des symptômes graves ne peuvent pas se permettre d'attendre des semaines ou des mois pour obtenir des services. Ils ont parfois besoin d'aide dans les heures ou les jours qui suivent. Ça peut prendre jusqu'à trois mois en Saskatchewan pour voir un psychiatre.

Récemment, à Regina, une personne extrêmement déprimée a été adressée par son médecin à un psychiatre, mais celui-ci ne pouvait la voir que dans trois mois. Heureusement, j'ai pu intervenir pour lui permettre de consulter un psychiatre dans les quelques jours qui ont suivi. Après trois mois, elles se sentait mieux et était de retour dans son poste d'enseignante. Je crois que cet exemple illustre clairement l'efficacité d'une intervention rapide. On peut non seulement aider les gens à mieux se sentir, mais aussi à réintégrer leur travail. Les longues listes d'attente pour consulter un psychiatre sont un problème. Nous avons vraiment besoin davantage de psychiatres.

Une autre grande préoccupation, c'est le temps d'attente à l'urgence pour les gens souffrant de maladie mentale ou de dépendance. Il n'est pas suffisant d'avoir une infirmière psychiatrique à l'urgence qui travaille cinq jours par semaine, de 9 heures à 17 heures. Les gens ne tombent pas nécessairement malades entre 9 heures et 17 heures, du lundi au vendredi. En prolongeant la plage horaire, ça permettrait non seulement d'alléger la charge de travail à l'urgence, mais aussi d'aider les gens qui sont malades à obtenir les services appropriés dans la collectivité au moment opportun sans devoir être vus ou évalués par un psychiatre.

Hier, j'ai parlé à une infirmière qui travaille à l'urgence. Elle m'a dit qu'en une journée, elle avait vu 10 personnes, mais qu'une seule avait vraiment besoin de voir un psychiatre. Les autres ont pu quitter rapidement la salle d'urgence. C'est une façon très efficace de gérer les crises. Souvent, les gens qui se rendent à l'urgence n'ont pas besoin de voir un psychiatre ou d'être hospitalisés; ils n'ont besoin que d'une certaine intervention. C'est une façon très rentable de gérer un problème difficile à l'urgence.

We really do need to beef up our community resources. If adequate community resources are made available, many crises may be avoided as people could be referred appropriately.

Our Phoenix Residential Society is supervised 24 hours a day. It would be very helpful if a couple of the beds there could be assigned for emergency situations. In that way, a person could be assessed and referred to those beds. Crises often do not last long, but this does not necessarily mean that a person is in an acute state of psychosis or mental illness; they are simply in a crisis in their life. If there was a supervised place for them to go for 72 hours or so, it would probably be adequate and more cost-effective than hospital beds or, sometimes, jail.

We are aware that many times people with mental illnesses get into minor difficulties with the law and end up in jail, as Thomas mentioned, which is inappropriate and is another concern we have.

The Schizophrenia Society of Saskatchewan and the Canadian Mental Health Association have formed a steering committee to look at a judicial reform system that may be similar to a mental health court. We are not yet certain what direction their study will take, but we believe that there should be a system to combine mental health with the judicial system, working together. This would enable a person with a mental illness who gets into difficulty with the law to be seen and be assessed by a psychiatrist or other appropriate person. They could then receive the necessary treatment rather than being sent to jail. Not only would that be more appropriate, it would be very cost-effective. We are all aware that there are a lot of people with mental illnesses in our jails at present.

Housing is also a major concern for people with mental illnesses who do not have the resources to move into satisfactory accommodation. Most people on social assistance live in very small homes, which are not always in safe parts of town; they may be dingy and do not promote good mental health. I believe that if a person with good mental health had to live in some of those situations they probably would become ill or, if nothing else, depressed.

The Phoenix Residential Society here in Regina has housing for people and is supervised 24 hours a day. The goal is to progress toward totally independent living with minimal support.

Many parents have to supplement their sons and daughters who are on social assistance, and they have a real concern about who will look after their children when they are gone.

We also know that early diagnosis and treatment is extremely important in any mental health situation. Currently, the Schizophrenia Society of Saskatchewan and the Canadian Mental Health Association have a steering committee for early intervention with regard to psychosis. Similar programs exist

Nous avons vraiment besoin d'augmenter nos ressources dans la collectivité. Si nous en avions suffisamment, bon nombre de crises pourraient être évitées puisque les gens seraient dirigés vers les bonnes ressources.

La Phoenix Residential Society est un centre doté d'un service de garde 24 heures par jour. Ça serait utile si quelques lits étaient réservés à des cas urgents. Ainsi, une personne pourrait être évaluée et occuper un de ces lits. Souvent, les crises ne durent pas longtemps, mais ça ne veut pas nécessairement dire qu'une personne est dans un état de psychose ou de maladie mentale grave; elle vit peut-être tout simplement une situation difficile dans sa vie. Si ces gens avaient un endroit supervisé pour y séjourner quelque 72 heures, ça serait probablement suffisant et plus rentable que de les envoyer à l'hôpital ou, parfois, en prison.

Il arrive souvent que des gens atteints de maladie mentale aient des démêlés mineurs avec la justice et aboutissent en prison, comme Thomas l'a mentionné; c'est inapproprié et ça nous préoccupe.

La Société de la schizophrénie de la Saskatchewan et l'Association canadienne pour la santé mentale ont mis sur pied un comité directeur pour examiner la possibilité d'une réforme du système judiciaire en vue d'établir quelque chose qui s'apparenterait à un tribunal de la santé mentale. Nous ne savons pas encore quelle direction prendront leurs travaux, mais nous croyons qu'il faudrait établir un système où l'on tient compte de la santé mentale des gens dans le cadre de procédures judiciaires. Cela permettrait à une personne atteinte d'une maladie mentale qui enfreint la loi d'être vue et évaluée par un psychiatre ou un autre intervenant approprié. Elle pourrait ainsi recevoir le traitement qui convient au lieu d'être envoyée en prison. Ce serait non seulement préférable, mais aussi très rentable. Nous savons tous qu'il y a actuellement beaucoup de personnes dans nos prisons qui souffrent de maladie mentale.

Le logement est également un problème important pour les gens qui souffrent de troubles mentaux et qui n'ont pas assez d'argent pour vivre dans un endroit convenable. La plupart des gens qui reçoivent de l'aide sociale vivent dans de très petits logements, souvent dans des quartiers pas toujours très sécuritaires. Les logements sont parfois insalubres et ne favorisent pas une bonne santé mentale. Je crois que quiconque jouissant une bonne santé mentale, mais qui vivrait dans ce genre de conditions finirait par être malade ou, à tout le moins, déprimée.

La Phoenix Residential Society, ici à Regina, offre un abri aux gens et est dotée d'un service de garde 24 heures par jour. Le but est d'amener les gens à devenir indépendants avec un minimum de soutien.

Beaucoup de parents doivent compléter le revenu de leurs enfants qui reçoivent de l'aide sociale et se demandent, avec raison, qui s'en occupera lorsqu'ils ne seront plus là.

Nous savons aussi qu'un diagnostic et un traitement précoces sont extrêmement importants dans tout cas de maladie mentale. À l'heure actuelle, la Société de la schizophrénie de la Saskatchewan et l'Association canadienne pour la santé mentale ont un comité directeur qui se penche sur l'intervention précoce

across Canada and throughout the world, and we are looking at them to determine whether some would be suited to Saskatchewan.

Education and awareness is necessary and is something that we are always working on. We should also be working with the schools, and there should be a system in place for young people to receive timely assessment and treatment.

I have heard that in Winnipeg the longest a person has to wait is seven to ten days and that the majority of the time they are seen in two to three days. That is something that we should strive for in Saskatchewan. It would be a good investment in our young people. If they could be assessed and treated in a timely fashion, they may not have to miss school and may consequently enter the workforce and live productive lives without time lost due to illness. In many situations at present, when someone becomes ill it takes a few years by the time they are assessed and treated. A long time could elapse, which amounts to wasted and lost years for many people. That is why we are very focused on getting early assessment and treatment for young people.

Stigma is also a concern. We believe that if we were able to work more with the media in public education and awareness we could relieve some of the stigma surrounding mental illness. We have a partnership program at the Schizophrenia Society of Saskatchewan, which is referred to in the yellow pamphlet that was given to you. We go out into the community and speak in teams of three: someone who has schizophrenia, a family member and a mental health professional. We try to reach high school students. We speak to RCMP cadets, to the city police, to the university, to the Saskatchewan Institute of Applied Technology and to any place of employment that will listen to us. We have a similar program in Saskatoon.

We believe that education and awareness is a key part of reducing stigma and assisting people to recognize the early symptoms of schizophrenia in family members. Even young people themselves, when we speak in the schools, will come and tell us that they are having symptoms similar to the ones we are talking about, and we encourage them to seek help. We believe this to be a very effective program.

We need financial support for some of these things I have spoken about so that we can train an adequate number individuals to achieve our objectives: psychiatrists, psychiatric nurses, social workers, psychologists. The main thrust of our presentation today would be that if we had the community resources and the education and other systems in place, such as judicial reform and early intervention, there would be fewer admissions to the inpatient unit and to the jails, which are very costly and not the best way to assist patients. Hopefully that will allow people to experience better lives in the community, which is our goal.

dans le cas de psychoses. Des programmes semblables existent ailleurs au Canada et dans le monde, et nous les examinons pour voir si certains conviendraient à la Saskatchewan.

L'éducation et la sensibilisation sont nécessaires, et nous persistons à faire des efforts de ce côté. Nous devrions aussi travailler avec les écoles; un système devrait être mis en place pour permettre aux jeunes d'être évalués et soignés au moment opportun.

On m'a dit qu'à Winnipeg la période d'attente la plus longue était de sept à dix jours, mais que la plupart du temps, les gens étaient vus en dedans de deux ou trois jours. C'est ce genre de délai que nous devons viser en Saskatchewan. Ce serait un bon investissement dans la jeunesse. Si les jeunes pouvaient être évalués et traités rapidement, ils n'auraient peut-être pas besoin de manquer des jours d'école et pourraient par la suite entrer sur le marché du travail et vivre une vie productive sans avoir perdu du temps en raison d'une maladie. Dans de nombreux cas, lorsque quelqu'un tombe malade, ça prend quelques années avant qu'il soit évalué et soigné. Beaucoup de temps peut s'écouler, ce qui représente des années perdues pour bon nombre de personnes. Voilà pourquoi nous insistons pour que les jeunes soient évalués et traités rapidement.

La stigmatisation est également une autre inquiétude. Nous croyons que si nous pouvions collaborer davantage avec les médias pour éduquer et sensibiliser la population, nous pourrions enrayer les préjugés entourant la maladie mentale. La Société de la schizophrénie de la Saskatchewan a un programme de partenariat; nous en parlons d'ailleurs dans le dépliant jaune que nous vous avons remis. Nous allons dans la collectivité en équipes de trois : une personne qui souffre de schizophrénie, un membre de la famille et un professionnel de la santé mentale. Nous essayons d'atteindre les élèves du secondaire. Nous parlons aux cadets de la GRC, à la police municipale, aux étudiants universitaires, à ceux de la Saskatchewan Institute of Applied Technology et allons partout où on veut bien nous écouter. Nous avons un programme semblable à Saskatoon.

Nous croyons que l'éducation et la sensibilisation jouent un rôle clé pour enrayer les préjugés et aider les gens à reconnaître les premiers symptômes de schizophrénie chez des membres de la famille. Lorsque nous donnons une conférence dans les écoles, ce sont des jeunes qui viennent nous dire qu'ils ont des symptômes qui s'apparentent à ceux dont nous avons parlé; nous les encourageons donc à obtenir de l'aide. Nous croyons que ce programme est très efficace.

Nous avons besoin de soutien financier pour tenir certaines des activités dont je vous ai parlé et pour former un nombre satisfaisant de personnes pour nous aider à atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés : psychiatres, infirmières psychiatriques, travailleurs sociaux, psychologues. L'idée principale derrière notre présentation aujourd'hui, c'est que si nous avions les ressources communautaires nécessaires, si nous pouvions sensibiliser davantage les gens et si nous avions d'autres systèmes en place, comme une réforme judiciaire et des mesures d'intervention précoce, moins de gens seraient admis dans les hôpitaux et les prisons, ce qui coûte très cher et n'est pas la

The Deputy Chairman: Yesterday we were able to hear from a group from Brandon. That city has a superb community program for mental health. In my opinion, it is the best in Canada that I have heard of to date. They have organized the community infrastructure to deal with the kinds of things you are speaking about. Individuals experience virtually no waiting time to access the program. They have a broad-based health care team. Brandon does not have a full-time psychiatrist in Brandon, although a few times per week one comes from Winnipeg. They do have specialized nurses, psychologists, social workers and other health care workers, and patients have round-the-clock access at the community level. This program is coupled with the community and social services in Brandon so that if someone needs interim financial help or housing or food, they can deal with all of these kinds of things.

Since you are relatively close, I would recommend that you contact them. You may be able to learn a great deal in regard to the plans that you are undertaking. Our staff can assist you in contacting the appropriate people.

Senator Callbeck: Carol, thank you for your presentation. I certainly agree with the comments you have made.

I do not believe you addressed the issue of access to services in rural areas. Is telepsychiatry used in Saskatchewan?

Ms. Solberg: No, it is not. I believe that is something that will be studied.

In terms of education, the Schizophrenia Society of Saskatchewan has been thinking it may be able to use some of the new technology to get information to families and other people.

Senator Callbeck: I am from a rural area myself, so I am very sensitive to that suggestion.

I also agree that we have to do more about getting rid of the stigma that exists. You mentioned the media and the partnership program. Has that program been in effect for quite some time?

Ms. Solberg: The partnership program in Saskatchewan has been in effect for about six years. It began in British Columbia and was running about a couple of years before it came here. We have now reached 25,000 people with our presentations. We have a long way to go, and we could do a lot more if we had more people.

Senator Callbeck: You mentioned going into the schools. Do you speak to certain grades?

Ms. Solberg: We have spoken mostly to Grades 8, 9 and 10 and high school students.

Senator Callbeck: Is it an effective program?

meilleure façon d'aider les patients. Nous espérons qu'ainsi les gens pourront avoir une meilleure vie dans leur collectivité, ce qui est notre objectif.

Le vice-président : Hier, nous avons entendu un groupe de Brandon. Cette municipalité a un excellent programme communautaire en santé mentale. À mon avis, c'est le meilleur au Canada dont j'ai entendu parler jusqu'à présent. L'infrastructure communautaire a été organisée de façon à ce qu'on puisse traiter des choses dont vous parlez. Il n'y a pratiquement aucun délai d'attente avant d'accéder au programme. Une équipe de soins de santé généraux a été mise sur pied. Il n'y a pas de psychiatre à temps plein à Brandon, mais il y en a un qui vient quelques fois par semaine de Winnipeg. On trouve des infirmières spécialisées, des psychologues, des travailleurs sociaux et d'autres travailleurs de la santé, et les patients ont accès aux services 24 heures sur 24, dans la communauté. Ce programme est combiné aux services communautaires et sociaux à Brandon, alors si quelqu'un a besoin d'une aide financière provisoire, d'un logement ou de nourriture, on peut voir à toutes ces choses.

Comme vous êtes relativement près, je vous recommanderais de communiquer avec eux. Vous pourriez en apprendre beaucoup relativement aux plans que vous entreprenez. Notre personnel peut vous aider à communiquer avec les responsables.

Le sénateur Callbeck : Carol, je vous remercie de votre exposé. J'adhère tout à fait à ce que vous avez dit.

Je ne crois pas que vous ayez parlé de l'accès aux services dans les régions rurales. La télépsychiatrie est-elle utilisée en Saskatchewan?

Mme Solberg : Non. C'est une chose qui sera étudiée, je crois.

Sur le plan de l'éducation, la Société de la schizophrénie de la Saskatchewan songe à utiliser la nouvelle technologie pour informer les familles et d'autres personnes.

Le sénateur Callbeck : Je suis moi-même originaire d'une région rurale, alors je suis très sensible à cette suggestion.

Je conviens également que nous devons faire davantage pour mettre fin aux préjugés existants. Vous avez parlé des médias et du programme de partenariat. Ce programme existe-t-il depuis longtemps?

Mme Solberg : Le programme de partenariat en Saskatchewan existe depuis environ six ans. Il a vu le jour en Colombie-Britannique environ deux ans auparavant. Nous avons maintenant rejoint 25 000 personnes avec nos présentations. Nous avons encore bien du chemin à parcourir et nous pourrions faire beaucoup plus si nous étions plus nombreux.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que vous alliez dans les écoles. Vous adressez-vous à des classes en particulier?

Mme Solberg : Nous parlons surtout aux élèves de huitième, neuvième et dixième années et aux élèves des écoles secondaires.

Le sénateur Callbeck : Ce programme est-il efficace?

Ms. Solberg: I think it is very effective. It reaches the teachers as well in that they can observe when someone needs intervention. We receive feedback from students who come forward and say that they or a friend might be experiencing similar symptoms. They now know that they can contact us and that there is help for them. These students will one day be employers and the workers of tomorrow. Hopefully they will carry that knowledge with them, which will not only assist in reducing the stigma but would help them recognize someone who may be ill.

Senator Callbeck: It sounds like an excellent program. Who funds the partnership program?

Ms. Solberg: The government funds the partnership program, and we also receive funding from the United Way. Other than that, the program is funded through donations and by pharmaceutical companies.

Senator Callbeck: Do you receive a lot of funding from pharmaceutical companies?

Ms. Solberg: Not a lot. One pharmaceutical company donated \$3,000 to be used as a scholarship fund for someone who has schizophrenia and is pursuing their education. They assist with our annual provincial conference and sometimes with printing material and sending out our quarterly newsletter.

Senator Callbeck: I was talking to someone the other day who has a son with schizophrenia who is approximately 40 years old. His mother is very concerned about how to deal with this illness. He does not live at home but goes home from time to time. If she approached your society, would you have someone available who could work with her and help her?

Ms. Solberg: Yes. We would work with her so that she could look after herself and meet her own needs. We would also give her direction in how to assist her son, who to be in contact with.

We also do advocacy work for family members. Sometimes that work is related to medication. I have spoken to people with the Saskatchewan Prescription Drug Plan. There are concerns about the generic clause rule, the safety issue being one of them. We have done advocacy work with respect to housing issues or social assistance issues. We have assisted in various ways.

In one situation a person who was ill went to Europe. We helped the family get their family member back. We advocate in whatever way we can, whatever situation they happen to be facing.

The Deputy Chairman: You mentioned that you are intervening in schools as early as grade 8. The evidence unfolding before us indicates that the earlier in the life of a child an intervention is made, the better their life will be. In fact, we have a lot of evidence that indicates many of the forces that determine the future of a child occur in the uterus, let alone just after delivery and in the

Mme Solberg : Je crois qu'il est très efficace. Il rejoint les enseignants également, en ce sens qu'ils peuvent dépister un élève qui a besoin d'intervention. Nous recevons des commentaires des élèves qui nous disent qu'eux-mêmes ou des amis présentent peut-être les mêmes symptômes. Ils savent maintenant qu'ils peuvent communiquer avec nous et qu'ils peuvent obtenir de l'aide. Ces élèves sont les employeurs et les travailleurs de demain. Il est à espérer qu'ils garderont ce savoir, ce qui non seulement contribuera à diminuer les préjugés, mais les aidera aussi à reconnaître une personne qui pourrait être malade.

Le sénateur Callbeck : Ce programme me paraît excellent. Qui finance le programme de partenariat?

Mme Solberg : Le gouvernement finance le programme de partenariat, et nous recevons aussi de l'argent de Centraide. Outre ce financement, le programme reçoit des dons et de l'aide des compagnies pharmaceutiques.

Le sénateur Callbeck : Recevez-vous beaucoup d'argent des compagnies pharmaceutiques?

Mme Solberg : Pas beaucoup. Une compagnie pharmaceutique a donné 3 000 \$ pour la création d'une bourse d'études à l'intention d'une personne atteinte de schizophrénie. Ces compagnies nous aident lors de notre conférence provinciale annuelle et parfois pour l'impression du matériel et l'envoi de notre bulletin trimestriel.

Le sénateur Callbeck : Je m'entretenais l'autre jour avec une personne dont le fils d'une quarantaine d'années souffre de schizophrénie. Sa mère se demande bien comment composer avec cette maladie. Son fils ne vit pas à la maison, mais il y va à l'occasion. Si elle s'adressait à votre organisme, est-ce que quelqu'un pourrait travailler avec elle et l'aider?

Mme Solberg : Oui. Nous travaillerions avec elle pour qu'elle puisse prendre soin d'elle-même et répondre à ses propres besoins. Nous lui donnerions également des conseils sur la façon d'aider son fils et le nom des personnes ressources.

Nous faisons également du travail de représentation pour les membres des familles. Parfois, ce travail a trait aux médicaments. Je me suis entretenue avec des porte-parole du régime de médicaments d'ordonnance de la Saskatchewan. La règle concernant les produits génériques suscite des inquiétudes, notamment en ce qui a trait à la sécurité. Nous avons fait du travail de représentation dans les domaines du logement et de l'aide sociale. Nous prétons main-forte de diverses façons.

Par exemple, nous avons aidé une famille à ramener d'Europe un de ses membres qui était malade. Nous nous portons à la défense des personnes de toutes les manières possibles, peu importe la situation.

Le vice-président : Vous avez dit que vous faisiez des interventions dans les écoles dès la huitième année. Les données que nous avons montrent que le plus tôt possible on intervient auprès d'un enfant, le mieux sera sa vie. En fait, beaucoup de données montrent que parmi les facteurs déterminants pour l'avenir d'un enfant, bon nombre sont en jeu alors que l'enfant se

first couple of years of life. There is an emphasis on intervening as early as possible. One point I would like you to address is the possibility of reaching children as early in life as you can.

When you speak, are you speaking only on behalf of your society or do you speak on behalf of the entire spectrum of mental illness, addictions and mental health?

Ms. Solberg: We have been talking about speaking to younger children. I think our presentations would have to be a little bit different if we were speaking to younger children. Part of the problem is our resources and finding the people to do this work. The majority are volunteers and are limited in the amount of time that they are able or willing to give. It is something that we are looking at doing, but we will really need to expand our resources.

I should have mentioned that when we go out into the community, we also speak about street drugs and alcohol and the seriousness of playing around with them. We mention that abusing these substances does not cause schizophrenia, but if you are predisposed toward having schizophrenia you probably would have it earlier and more severely if you are using street drugs or alcohol. In the high schools, we speak a lot about street drugs and alcohol. We do speak about other mental health issues because schizophrenia is a broad mental illness. Many times a person will be diagnosed with bipolar disorder, later with schizophrenia, then schizoaffective disorder, and suffer from depression. It is not as clear cut and singular as it may appear.

The Deputy Chairman: That point is incredibly important. The evidence before us is that the people who really do have difficulties are the ones who suffer from two or three mental illnesses, such as schizophrenia and bipolar disorder. Their difficulties are compounded by the number of diagnoses they are coping with. You are certainly taking the correct approach on that issue.

Ms. Solberg: We know that people with mental illnesses have a high incidence of substance and drug abuse. Sometimes I think it is a kind of self-medication, particularly before they receive treatment. We know that substance abuse is prevalent and must be addressed.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Carol.

We will now hear from Mr. Frank Dyck.

Mr. Frank Dyck, Depression and Manic Depression Support Group of Regina: Thank you and good morning, senators. I appreciate the opportunity to be a witness before your committee.

I am here primarily to speak about our group, the Depression and Manic Depression Support Group of Regina. In no way, shape or form do I want to indicate that any other mental disorder or any associated disorders are of any lesser importance. Mental health issues are important, period. Every one of them is important. Today I will address only depression and manic depression.

trouve encore dans l'utérus, sans parler des instants qui suivent immédiatement la naissance et les deux premières années de vie. On insiste donc sur une intervention la plus précoce possible. J'aimerais que vous parliez de la possibilité de rejoindre les enfants au plus bas âge.

Lorsque vous faites des présentations, parlez-vous au nom de votre organisme ou bien au nom de l'ensemble des maladies mentales, des toxicomanies et de la santé mentale?

Mme Solberg : Nous avons déjà envisagé de nous adresser à des enfants plus jeunes. Je crois qu'il faudrait changer un peu nos présentations à cette fin. Le problème, c'est que nous n'avons pas les ressources et il faudrait trouver des gens pour faire ce travail. La plupart sont des bénévoles, et le temps qu'ils peuvent ou qu'ils veulent donner est limité. C'est quelque chose que nous aimerions faire, mais il faudra vraiment élargir nos ressources.

J'aurais dû mentionner que lorsque nous intervenons dans la communauté, nous parlons également des drogues illicites et de l'alcool et du sérieux que représente leur consommation. Nous disons que l'utilisation de ces substances ne cause pas la schizophrénie, mais que si vous êtes prédisposé, la maladie apparaîtra probablement plus tôt et plus gravement si vous consommez des drogues illicites ou de l'alcool. Nous parlons beaucoup de drogues illicites et d'alcool dans les écoles secondaires. Nous parlons aussi d'autres aspects de la santé mentale, puisque la schizophrénie est une maladie mentale prise au sens large. Il arrive souvent qu'une personne reçoive un diagnostic de trouble bipolaire, puis de schizophrénie, puis de trouble schizo-affectif et qu'elle souffre de dépression. Les choses ne sont pas aussi claires qu'elles le paraissent.

Le vice-président : Ce point est extrêmement important. Les données que nous avons montrent que les personnes qui ont vraiment des difficultés sont celles qui souffrent de deux ou trois maladies mentales, comme de schizophrénie et de trouble bipolaire. Leurs problèmes sont aggravés par le nombre de diagnostics qu'elles reçoivent. Votre approche à cet égard est certainement la bonne.

Mme Solberg : Nous savons que les personnes atteintes de maladies mentales consomment souvent de l'alcool et des drogues. Je crois parfois qu'il s'agit en quelque sorte d'une automédication, en particulier avant qu'elles reçoivent un traitement. Nous savons que l'abus d'alcool ou d'autres drogues est courant et qu'il faut s'y attaquer.

Le vice-président : Merci beaucoup, Carol.

Nous écouterons maintenant M. Frank Dyck.

M. Frank Dyck, Depression and Manic Depression Support Group of Regina : Bonjour et merci, sénateurs. Je suis ravi de pouvoir témoigner devant votre comité.

Je suis ici principalement pour parler de notre organisme, le Depression and Manic Depression Support Group of Regina. En aucune façon je ne dirai que tout autre trouble mental ou autre problème connexe est de moindre importance. Les problèmes de santé mentale sont importants, point. Chacun de ces problèmes est important. Aujourd'hui, je me contenterai de parler de la dépression et du trouble bipolaire.

Our group was formed about 14 years ago with help from the Canadian Mental Health Association locally. We were meeting there at the beginning, and then later the Regional Mental Health Clinic gave us an opportunity to move into a larger room and meet on a regular weekly basis.

During our meetings we discuss many different issues, including medications, employment, doctors, nurses, anything that is out there about unipolar and bipolar disorders.

For a time, prior to my joining the group, we received funding from the government. However, it cost more to be a charitable organization than the funding was worth. As a result, we stopped asking for funds and everyone chips in a couple of bucks here and there. We do have some funds in order to get our message out, which we do not utilize on a regular basis. The work is all done by volunteers. For our little brochure that we hand out someone will make a few copies at work. We make it as simple as possible and prefer to keep it that way.

We meet for approximately one hour. Our ground rules are simple: We use only first names; everything that is said in the room during that time period stays in the room: we respect one another; and the most important aspect is to respect ourselves.

We have people in our group from late teens to senior citizens. It has only been in the last couple of years that people under the age of 30 have attended our support group, again because of the stigma of mental health issues. Now they are coming out of the woodwork.

We invite not only parents but what we call support people, such as family, friends, co-workers, anyone who has to deal with the issue because a loved one or a friend is affected by depression or manic depression. They are invited to join us so that they can listen.

Sometimes our discussions are as simple as someone saying that they are having trouble getting to sleep and other people will speak of things they have tried. However, there are many, many complicated issues, such as a patient who may not be totally satisfied with the medical treatment they are receiving from their psychiatrist. It is the same rhetoric: "I see him every two months and he gives me more pills and sends me on my way. I mentioned this to someone the other day who asked me if I knew how the system works. I asked him what he meant, and he replied that psychiatrists are only there to hand out pills and that the local mental health clinic is supposed to do all the counselling. Why would he say something like that?" If I look back at some of the group discussions, that is what it almost sounds like.

We can have as few as five or six people attending our group or sometimes as many as 40.

I facilitate a group at the Regina General Hospital once a month so that prior to patients being discharged they are aware that our group is out there. Handing them a brochure does not

Notre groupe a été formé il y a 14 ans avec l'aide du bureau local de l'Association canadienne pour la santé mentale. Nous tenions nos réunions dans ses locaux au début et, par la suite, la clinique régionale en santé mentale nous a donné la possibilité de déménager dans un plus grand local et d'y tenir des réunions hebdomadaires régulières.

Au cours de nos réunions, nous discutons de nombreux sujets : médicaments, emploi, médecins, personnel infirmier, tout ce qui a trait à la dépression et au trouble bipolaire.

Pendant un certain temps, avant que je me joigne au groupe, nous recevions un financement du gouvernement. Toutefois, il en coûtait plus cher d'être un organisme de bienfaisance que ce que nous recevions en financement. Nous avons donc cessé de demander de l'argent, et tout le monde verse quelques dollars ici et là. Nous avons certains fonds pour diffuser notre message, que nous n'utilisons pas de façon régulière. Tout le travail est fait par des bénévoles. La petite brochure que nous distribuons est reproduite par une personne à son travail. Nous faisons les choses la plus grande simplicité et nous préférons qu'il en soit ainsi.

Nos réunions durent environ une heure. Nos règles de base sont simples : nous n'utilisons que nos prénoms; tout ce qui se dit dans la salle durant la réunion reste dans la salle; nous nous respectons mutuellement et, qui plus est, nous nous respectons nous-mêmes.

Notre groupe peut accueillir tant des personnes qui se trouvent à la fin de l'adolescence que des personnes âgées. Ce n'est que depuis deux ans que des jeunes de moins de 30 ans ont recours au groupe de soutien, à cause des préjugés entourant la santé mentale. Ils surgissent maintenant comme par enchantement.

Nous invitons non seulement les parents, mais aussi ceux que nous appelons les soutiens, soit des membres de la famille, des amis, des collègues de travail, toute personne qui doit composer avec la maladie parce qu'un être cher ou un ami souffre de dépression ou de trouble bipolaire. Nous les invitons à se joindre à nous pour qu'ils puissent écouter.

Parfois, nos discussions sont très simples : un participant fera part de ses problèmes de sommeil et un autre parlera des choses qu'il a essayées. Toutefois, on aborde aussi des questions très complexes, comme dans le cas d'un patient qui n'est pas tout à fait satisfait du traitement médical qu'il reçoit de son psychiatre. C'est le même discours : « Je le consulte tous les deux mois et il me donne plus de pilules et me renvoie chez moi. L'autre jour, j'en ai parlé à quelqu'un, qui m'a demandé si je savais comment le système fonctionnait. Je lui ai demandé ce qu'il voulait dire, et il m'a répondu que les psychiatres ne sont là que pour distribuer des pilules et que la clinique locale de santé mentale est censée faire toute la consultation. Pourquoi a-t-il dit pareille chose? » Si je reviens à certaines discussions du groupe, c'est à peu près ce qui se dit.

On peut compter cinq ou six participants seulement à une réunion, comme il peut y en avoir une quarantaine.

J'anime un groupe au l'Hôpital général de Regina une fois par mois, pour que les patients sachent que notre groupe existe avant qu'ils reçoivent leur congé. Ce n'est pas parce qu'on distribue une

mean they will come to our meetings. They sometimes need a face or a name or phone number so they can know that when they visit us they will feel safe and comfortable. New things are hard for people with depression and manic depression. Leaving their comfort zone behind is not easy for them.

I will touch on a couple of the points in my written presentation. The first is death. I will be blunt, there are too many people dying because of mental health issues, especially depression and manic depression; they feel it is the only way out. I have noted a couple of examples in my report.

One is of a 16 year-old boy who was able to get hold of an improperly stored rifle, put it in his mouth and pull the trigger. Another person who, while driving along the highway one day, decided to veer head-on into a semi. Another person just one day said that was it and slit his wrists.

Of these three people two are dead; one was lucky enough to get to hospital. I knew them all and I am sick and tired of hearing of death.

The media reported recently that 126 people died on Saskatchewan highways in 2004; that is very sad. Around 40 or 42 of those deaths were alcohol related; that is even sadder.

How many people died from self-inflicted destruction? The only time we hear about it is, especially, with murder-suicides. We just had one in the province about a month and a half ago. We speak of the poor victims, but the person who committed suicide, was he not a victim also? I am not saying that we should not pity or sympathize with anyone who is murdered; it is a bad thing and should not happen. We have to move forward as a society to stop this. There are people who are just sitting and waiting; some of them are time bombs waiting to go off.

Senators, I am asking you to tell the government that the mental health issue must be a higher priority.

I will now speak of dignity. In our group discussions dignity is important. I use that word, perhaps loosely, in the sense that dignity is self-esteem, self-worth. These are all important issues to our members. When they cannot find a job, do they tell prospective employers they have a disability? I was lucky enough to have a job when I was hospitalized, and I was able to return to work. Unfortunately, I have not had the same job ever since.

Our problems can be as simple as an insurance company wanting us to fill out new forms every three months and be diagnosed by a doctor again because they do not believe us. They think that if someone is depressed, they get a bunch of pills and are okay. There are people who may not work for the rest of their lives due to depression or manic depression. They can be on medication and deal with day-to-day life, but they may not be able to keep their employment. Again, I am fortunate, one of the

brochure qu'ils viendront à nos réunions. Ils ont parfois besoin d'un visage, d'un nom ou d'un numéro de téléphone pour savoir qu'ils se sentiront rassurés et à l'aise lorsqu'ils nous rendront visite. La nouveauté est difficile pour les gens qui souffrent de dépression et de trouble bipolaire. Ce n'est pas facile pour eux de quitter leur zone de confort.

Je vais reprendre certains éléments qui se trouvent dans mon mémoire. Il y a d'abord la mort. Je serai direct en disant qu'il y a trop de personnes qui meurent à cause des problèmes de santé mentale, en particulier la dépression et le trouble bipolaire; elles ont l'impression que c'est leur seule porte de sortie. J'ai présenté quelques exemples dans mon rapport.

Il y a ce garçon de 16 ans qui a réussi à s'emparer d'un fusil mal entreposé; il a mis l'arme dans sa bouche et a appuyé sur la gâchette. Une autre personne qui conduisait son véhicule a décidé de foncer tout droit dans une semi-remorque. Une autre a décidé, un beau jour, que c'en était assez et s'est ouvert les veines.

Deux de ces personnes sont mortes; l'autre a eu la chance d'être hospitalisée. Je les connaissais toutes, et j'en ai assez d'entendre parler de mort.

Les médias ont rapporté récemment que 126 personnes sont mortes sur les routes de la Saskatchewan en 2004; c'est très triste. Environ 40 ou 42 de ces décès sont attribuables à l'alcool; c'est encore plus triste.

Combien de personnes sont mortes par autodestruction? Nous n'en entendons parler que lorsqu'il s'agit d'un meurtre suivi d'un suicide, comme ce fut le cas en Saskatchewan il y a environ un mois et demi. Nous parlons des pauvres victimes, mais la personne qui s'est suicidée n'était-elle pas une victime également? Je ne dis pas qu'il ne faut pas avoir de pitié ou de sympathie pour la personne qui se fait tuer; c'est très malheureux et ça ne devrait pas arriver. En tant que société, nous devons prendre les moyens pour arrêter cela. Il y a des gens qui ne font qu'attendre; certains sont des bombes à retardement qui attendent d'exploser.

Sénateurs, je vous prie de dire au gouvernement qu'il faut accorder une plus grande priorité à la santé mentale.

Je vais vous parler maintenant de dignité. La dignité est importante dans nos discussions de groupe. J'utilise le mot dignité, peut-être un peu librement, dans le sens d'estime de soi, de confiance en soi. Ce sont des aspects importants pour nos membres. Lorsqu'ils ne peuvent trouver un emploi, vont-ils dire aux employeurs éventuels qu'ils ont une incapacité? J'étais chanceux d'avoir un emploi lorsque j'ai été hospitalisé, et j'ai pu retourner au travail. Malheureusement, je n'ai pas eu le même emploi depuis ce temps.

Nos problèmes peuvent être bien simples, comme lorsqu'une compagnie d'assurance nous demande de remplir de nouveaux formulaires tous les trois mois et d'obtenir un autre diagnostic médical parce qu'elle ne nous croit pas. On pense que si une personne est déprimée, elle prend des quantités de pilules et elle va bien. Or, il y a des gens qui ne peuvent travailler pour le reste de leur vie à cause d'une dépression ou d'un trouble bipolaire. Ils peuvent être sous médication et composer avec la vie de tous les

lucky ones. There are those who have not worked for years because they cannot find opportunities for employment or do not have understanding employers. There are many barriers for us and we are a little sick and tired of it.

In March 2001, I had a heart attack and was taken to the Regina General Hospital. I basically went straight in the door and to a room. I was hooked up within minutes. I was given things and had some blood tests. They had me beeping and this and that. I had nothing but praise for the professionals at the Regina General Hospital emergency room.

Since that time I have had occasion to sit in the Regina General Hospital emergency room with friends from my group. We have gone home in despair. Unfortunately we are not a high priority, and I do not know why. Maybe if we had blood coming out of the side of our heads we would become a priority.

I will be graphic and blunt about this: We are not important. We do not seem to be important to the health professionals. I do not want to sit in another emergency room because a friend has said, "I cannot keep on living; I need help." I take them there and we are told to sit down. There is a little bulletin board that says the next non-priority patient will be seen in three to four hours. I do not want to see that again. This person needs a room, needs safety. They may not need medication or anything like that, but they need safety. They want to know that somebody cares, and an open emergency waiting room is not the place for them to be. We are looking and asking for respect and dignity.

I remember ads back in the late 1960s saying that something about a 30-year-old Canadian being as physically fit as a 60-year-old Swede. I believe it was called Participaction. I say that is great. Since then the federal and provincial governments have promoted physical health on a very high level, which I think is admirable. We are told how much we should exercise, what we should eat and what we should stay away from. We are told to get blood tests to determine our lipid counts. Why is the government not doing something about mental health? We should be doing something positive every day to promote good mental health, and I think the government must be a leader. I believe in the trickle-down theory. If the federal government gets involved, that energy will trickle down and people will begin to see the inequities that are happening right now.

Regina is a prime example. It has one third the number of psychiatrists that Saskatoon has and rural areas have none. We need leadership, which should come from the government, to inform us and assist not just people with these disorders but people in general so that they can help others. When they see a family member in certain moods, they must be able to recognize that there is a problem and quickly get them help. Help us with our thinking; help us with our mental health.

jours, mais ils sont incapables de garder leur emploi. Encore une fois, je fais partie des chanceux. Il y a tous ceux qui ne travaillent pas depuis des années parce qu'ils ne peuvent trouver des occasions d'emploi ou un employeur compréhensif. Les obstacles sont nombreux pour nous, et nous en avons assez.

En mars 2001, j'ai eu une crise cardiaque et j'ai été conduit à l'Hôpital général de Regina. On m'a amené tout droit dans une salle. J'ai été branché en l'espace de quelques minutes. On m'a donné des choses et on a fait des tests sanguins. On a installé des appareils et tout. Je n'ai que des éloges à faire aux professionnels de l'urgence du Regina General Hospital.

Depuis ce temps, j'ai eu l'occasion d'attendre à l'urgence du même hôpital avec des amis de mon groupe. Nous sommes retournés à la maison, désespérés. Malheureusement, nous ne sommes pas très prioritaires, et je ne sais pas pourquoi. Si du sang coulait le long de nos joues, nous deviendrions peut-être une priorité.

Je vais vous dire bien crûment : nous ne sommes pas importants. Il semble que nous n'ayons aucune importance aux yeux des professionnels de la santé. Je ne veux pas m'asseoir dans une autre salle d'urgence parce qu'un ami me dit « Je ne peux plus vivre; j'ai besoin d'aide ». Je le conduis à cet endroit et on nous demande de nous asseoir. Un petit tableau d'affichage indique que le prochain patient non prioritaire sera vu dans trois ou quatre heures. Je ne veux plus voir cela. Cette personne a besoin d'une chambre, a besoin de sécurité. Elle n'a peut-être pas besoin de médicaments ou de pareilles choses, mais elle a besoin de sécurité. Elle veut savoir que quelqu'un se préoccupe d'elle et elle ne doit pas se trouver dans une grande salle d'attente à l'urgence. Nous voulons du respect et de la dignité.

Je me rappelle des annonces à la fin des années 60 faisant référence au fait que la forme physique d'un Canadien de 30 ans était équivalente à celle d'un Suédois de 60 ans. Je pense qu'il s'agissait de Participaction. Je soutiens que c'est formidable. Depuis lors, les gouvernements fédéral et provinciaux ont fait abondamment la promotion de la santé physique, ce qui est admirable, à mon avis. On nous indique dans quelle mesure nous devrions faire des exercices, ce que nous devrions manger et ce que nous devrions éviter. On nous conseille d'obtenir des analyses de sang pour déterminer notre taux de lipide. Pourquoi le gouvernement ne fait-il pas la même chose à propos de la santé mentale? Nous devrions prendre quotidiennement une mesure positive pour promouvoir la santé mentale, et je pense que le gouvernement doit montrer l'exemple. Je crois à la théorie des effets de retombée. Si le gouvernement fédéral s'engage à cet égard, il y aura des retombées, et les gens commenceront à percevoir ce qui cloche actuellement.

Regina est un exemple éloquent. Le nombre de psychiatres dans cette ville équivaut au tiers de celui à Saskatoon, et certaines régions rurales n'en ont aucun. Nous avons besoin de leadership, et c'est le gouvernement qui doit l'exercer, qui doit nous informer et qui doit aider non seulement les personnes atteintes de troubles mentaux mais également la population en général afin de favoriser l'entraide. Lorsqu'on se rend compte qu'un membre de la famille est dans un certain état d'esprit, il faut être en mesure de

Senator Callbeck: I agree that mental health issues must have a stronger priority, and that is why we are here. We are travelling across Canada so that we can make recommendations to the federal government as to how that should be done.

Your support group sounds very helpful in many ways. Is it modelled on a group somewhere else, or was it your idea to start this group?

Mr. Dyck: No, I was not involved with starting the group. The group used to meet at the local CMHA building. They began to talk and to have regular meetings. It grew into a group that needed a larger room and facilities, and the Regional Health District was approached. We use a meeting room in their Mental Health and Addictions building every Thursday from 7:00 to 8:00 in the evening. I am not sure if the group was based on a model, but I am sure that it is similar to many other support groups. We use a lot of the same wording about respect and anonymity. We want people to feel 100 per cent safe when they come into the group.

Senator Callbeck: You mentioned that you received government funding but said it cost you more to be a charitable organization. Is that because you have to have receipts?

Mr. Dyck: We do not have any paid employees, only volunteers. You must remember that all of them are patients, or consumers — whatever you want to call them — who are currently dealing with mental health issues. We received \$5,000 from a government agency to promote the organization, but it costs \$700 or \$800 for an audit. As a charitable organization, we are required to submit to an audit. We are not professionals; we do not know how to do the books. There must be an easier way.

We still have a little bit of the funds left from those days, and it is used for group activities so that we can feel comfortable with each other. It was difficult to justify working hard in applying for grants for people given that we also have mental health issues. I am a prime example. My sleeping and eating habits for the last week have been terrible because I knew that I would be appearing before this committee and have been extremely nervous. I asked someone to help me with my presentation, and they did the typing and editing for me last night. We did not wrap up until about nine o'clock, just because I had nothing but trouble putting it together.

Senator Callbeck: I certainly would not know you are nervous here this morning.

Mr. Dyck: Sometimes when you believe in something passionately you have to speak out.

reconnaître s'il y a un problème pour obtenir rapidement de l'aide. Aidez-nous par rapport à notre santé mentale et à notre attitude à cet égard.

Le sénateur Callbeck : Je conviens qu'il faudrait davantage accorder la priorité à la santé mentale, et c'est la raison de notre présence ici. Nous nous déplaçons dans l'ensemble du Canada pour formuler au gouvernement fédéral des recommandations sur les mesures à prendre à ce chapitre.

Votre groupe semble très utile à bien des égards. Vous êtes-vous inspirés d'un autre modèle ou l'idée de constituer un tel groupe émane-t-elle de vous?

M. Dyck : Je n'ai pas participé à la création de ce groupe. Celui-ci se réunissait dans les locaux de l'ACSM ici. Il a commencé à tenir des séances à intervalles réguliers pour examiner diverses questions. Les besoins du groupe ont évolué. Il avait besoin de plus grands locaux. Il s'est alors adressé au Service régional de santé. Tous les jeudis, de 19 heures à 20 heures, nous nous rencontrons dans une salle de réunion de Santé mentale et Toxicomanies, qui relève de ce service. J'ignore si le groupe s'est inspiré d'un modèle, mais je suis convaincu qu'il est analogue à de nombreux autres organismes de soutien. En matière de respect et de confidentialité, nous appliquons les mêmes principes dans une grande mesure. Nous voulons que les gens se sentent parfaitement en sécurité lors des réunions du groupe.

Le sénateur Callbeck : Vous avez indiqué avoir reçu des fonds publics tout en ajoutant que vous devez déboursier davantage parce que vous êtes un organisme de bienfaisance. Est-ce parce que vous devez fournir des reçus?

M. Dyck : Nous n'avons pas d'employés rémunérés. Nous n'avons que des bénévoles. Vous ne devez pas oublier que ce sont tous des patients ou des consommateurs — quelle que soit l'expression que vous choisissez —, qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale. Un organisme gouvernemental nous a accordé 5 000 \$ pour promouvoir le groupe, mais la vérification coûte 700 ou 800 \$. À titre d'organisation de bienfaisance, nous devons produire un rapport de vérification. Nous ne sommes pas des professionnels et nous ignorons comment exécuter une telle vérification. Il doit exister une solution plus simple.

Il nous reste encore un peu d'argent que nous affectons aux activités du groupe afin que tous puissent se sentir à l'aise. Il a été difficile d'expliquer que nous déployons beaucoup d'efforts afin de demander des subventions pour les autres étant donné que nous sommes également aux prises avec des problèmes de santé mentale. J'en suis un parfait exemple. Mon sommeil et mes habitudes alimentaires ont été grandement perturbés la semaine dernière parce que je savais que je comparais devant le comité, ce qui m'a rendu très nerveux. J'ai demandé de l'aide pour rédiger mon exposé, et l'on a tapé et corrigé mon texte hier soir. Nous n'avons terminé qu'à environ 21 heures, tout simplement parce que j'avais beaucoup de difficulté à synthétiser le tout.

Le sénateur Callbeck : Je ne pourrais certes pas savoir que vous êtes nerveux ce matin.

M. Dyck : Parfois, vous devez exprimer votre opinion lorsque vous croyez passionnément en quelque chose.

Senator Callbeck: You say you lost your charitable status.

Mr. Dyck: We chose to.

Senator Callbeck: Do you have any ideas as to how things could be simplified?

Mr. Dyck: Why not set up one central agency to assist in applying for grants and having the audits done? I am sure we would all have to pay the auditor to show to government how the funds were used. If there was something like a clearing house that could help us all, more of the money could reach the people who need it for programs, education and that sort of thing. Instead of paying \$700 or \$800 — and it is probably \$1,000 now — why not pay a flat fee of \$250? There would be some incentive if one of the accounting firms could get a credit on their taxes if they do a charitable audit for \$250. Very simple, they get something out of it, we get something out of it, and the government gets their information. Everybody wins. I am talking about a clearing house for these things, not a big bureaucracy.

Senator Callbeck: As you say, it certainly is a problem for smaller organizations like yourselves.

Mr. Dyck: Yes. We chose to keep it very simple and just offer our sessions in Regina. We have a few people who come in from out of town because the Regina-Qu'Appelle Health Region extends south and east from Regina to the border, along Highway 1. That is a large health region.

Senator Callbeck: Are there any programs that help people with depression find work?

Mr. Dyck: The way the Mental Health Clinic is formulated here, there are two groups of social workers; one for counselling and the other group is composed of caseworkers. If you are given a caseworker, they assist with employment, housing and that sort of thing. However, there are a lot more patients than there are workers. I am not just talking about depression and manic depression; I am talking about mental health patients. Many of them just go home and do not have the gumption even to come and sit in front of you here today. They will go home, get in the foetal position and stay there for a week. They believe that no one will hire them, so why even try.

I have been asked to mention that we need more access to people who can help the group. At present, we have one liaison person from the Mental Health Clinic in Regina, and we talk to her. I will give you a prime example of how they help the group. I spoke to her last week and she asked if we need any speakers. We asked for someone to talk to us about how to communicate with our medical professionals, such as psychiatrists and counsellors. Do you know how many individuals in our group are intimidated by health professionals? If the doctor says "take these pills," they

Le sénateur Callbeck : Vous dites avoir perdu votre statut d'organisme de bienfaisance.

M. Dyck : Ce fut notre choix.

Le sénateur Callbeck : D'après vous, comment pourrions-nous simplifier les choses?

M. Dyck : Pourquoi ne pas créer un organisme central pour aider les groupes par rapport aux demandes de subventions et aux vérifications? Je suis sûr qu'il nous faudrait tous payer le vérificateur pour expliquer l'utilisation des fonds publics. S'il y avait un organisme central qui pourrait nous aider à cet égard, nous pourrions affecter plus d'argent pour offrir entre autres des programmes et de la formation aux gens qui en ont besoin. Au lieu de déboursier 700 ou 800 \$ — et c'est probablement 1 000 \$ aujourd'hui —, pourquoi ne pas verser un taux uniforme de 250 \$? Les cabinets d'experts-comptables auraient un incitatif s'ils pouvaient obtenir un crédit d'impôt de 250 \$ pour l'exécution d'une vérification des activités d'un organisme de bienfaisance. C'est très simple : ces cabinets obtiendraient quelque chose, tout comme nous, et le gouvernement recevrait l'information nécessaire. Tous seraient gagnants. J'ai en tête un organisme central, et non une énorme bureaucratie.

Le sénateur Callbeck : Comme vous dites, cela pose certes un problème aux petites organisations comme les vôtres.

M. Dyck : Effectivement. Nous avons choisi de simplifier au maximum et de n'offrir nos séances qu'à Regina. Quelques participants viennent de l'extérieur de la ville, parce que la région sanitaire de Regina-Qu'Appelle s'étend au sud et à l'est de Regina jusqu'à la frontière, le long de la Route 1. C'est une région sanitaire étendue.

Le sénateur Callbeck : Existe-t-il des programmes pour aider les gens souffrant de dépression à se trouver un emploi?

M. Dyck : La Clinique de santé mentale se compose de deux groupes de travailleurs sociaux, dont l'un s'occupe du counselling et l'autre du traitement des cas. L'agent chargé de votre cas vous aide à vous trouver un emploi, un logement, et cetera. Cependant, il y a beaucoup plus de patients que d'agents. Je ne parle pas uniquement de dépression et du trouble bipolaire. J'englobe tous les problèmes de santé mentale. Beaucoup veulent simplement rester chez eux et n'ont même pas le courage de comparaître devant vous aujourd'hui. Ils y restent sans en sortir pendant une semaine et adoptent une position fœtale. Selon eux, personne ne les embauchera. À quoi bon essayer par conséquent?

On m'a demandé de signaler qu'il nous faut plus d'intervenants qui peuvent aider le groupe. Actuellement, nous sommes en liaison avec une femme à la Clinique de santé mentale de Regina. Je vous donne un exemple pertinent de la façon dont on aide le groupe. J'ai parlé à cette femme la semaine dernière et elle m'a demandé si nous avions besoin de conférenciers. Nous avons répondu que nous aimerions que quelqu'un vienne nous exposer comment communiquer avec les professionnels de la santé, comme les psychiatres et les conseillers. Savez-vous combien de

take the pills. Some of us question what the pills are, but a lot of people just take the pills.

Senator Callbeck: Your group includes people who have depression, plus family and friends; right?

Mr. Dyck: Yes.

Senator Callbeck: What do you think about having a separate group for family and friends?

Mr. Dyck: We attempt to have our liaison person with the Mental Health Clinic attend a meeting once a month, and if there are any support people at the meeting, she will take them into another room to speak with them. We find that even having support people talk between themselves during our regular meetings also works very well. They are able to hear that their loved one or friend is not the only one out there.

That is the message that we are trying to get across. There are so many people out there who have not been diagnosed and we want them to come forward. It is difficult to have programs and strategies that work if you do not know how many people are out there and prevalence of depression and manic depression. I am not saying we are dealing with a doomsday scenario, but we have to start somewhere.

The Deputy Chairman: We have consistently heard that if the community infrastructure could be provided to organizations such as yours and the schizophrenia organization that we just heard from, you could do a tremendous amount to help yourselves and help each other. I alluded earlier this morning to what in my opinion is the best program we have heard about, in Brandon, Manitoba. I would like to hear your comments about that. It is wonderful that there is a place for people to go and that resources have been made available for all of the social and medical services so that people do not have to bounce from pillar to post trying to find what they need. With respect to your group, it is wonderful that people who have a commonality can come together in a meeting place to help each other and to get to know each other.

The flip side is that people do not want to be ghettoized; in other words, they want to interface with all of society, not just a part of society that has a particular handicap. That means there must be a balance in regard to where housing is distributed. If there is public housing for people with mental disabilities, it must be distributed across the community, not just in a single location.

I would like to have your thoughts on what you think would provide you with the infrastructure and networking, the ability to work with your peers, here in Regina. What could government do to provide you with the resources to fundamentally take care of yourselves and to take care of your friends?

membres de notre groupe sont intimidés par les professionnels de la santé? Si le médecin dit : « Prenez ces pilules », ils obéissent. Certains peuvent poser des questions sur les pilules, mais nombreux sont ceux qui les prennent sans mot dire.

Le sénateur Callbeck : Votre groupe comprend des gens souffrant de dépression ainsi que des parents et des amis, n'est-ce pas?

M. Dyck : Effectivement.

Le sénateur Callbeck : Que pensez-vous de l'idée de constituer un groupe distinct pour les parents et les amis?

M. Dyck : Nous essayons d'obtenir que la personne avec laquelle nous communiquons à la Clinique de santé mentale participe à une réunion par mois et si des personnes de confiance sont présentes, elle les réunira dans une autre pièce pour discuter avec elles. Nous constatons que même cette façon de procéder avec les personnes de confiance donne également de très bons résultats. Celles-ci peuvent ainsi savoir que leur parent ou ami n'est pas le seul à éprouver de tels problèmes.

C'est le message que nous essayons de transmettre. Ils sont si nombreux à ne pas avoir fait l'objet d'un diagnostic, et nous voulons qu'ils puissent s'exprimer. Il est difficile de mettre en œuvre des programmes et des stratégies efficaces si vous ignorez le nombre de personnes atteintes de dépression et du trouble bipolaire. Je ne dis pas que nous sommes devant un scénario apocalyptique, mais nous devons avoir un point de départ.

Le vice-président : On nous a répété constamment que, si des groupes comme le vôtre et l'organisation qui s'occupe des personnes atteintes de schizophrénie et dont nous venons d'entendre les représentants pouvaient avoir droit à l'infrastructure communautaire, vous pourriez ainsi beaucoup vous aider et vous entraider. Ce matin, j'ai fait allusion à ce qui est, selon moi, le meilleur programme dont nous avons entendu parler. C'est à Brandon au Manitoba. Je voudrais savoir ce que vous en pensez. C'est magnifique de pouvoir compter sur un endroit où les gens peuvent se rendre et où on leur offre tous les services sociaux et de santé afin qu'ils ne soient plus ballottés au fil de leurs démarches pour obtenir ce dont ils ont besoin. En ce qui concerne votre groupe, c'est magnifique que des gens ayant un point en commun puissent se réunir dans un endroit pour s'entraider et apprendre à se connaître.

Cependant, les gens ne veulent pas être ghettoisés. Autrement dit, ils veulent occuper la place qui leur revient dans la société; ils ne veulent pas être que des laissés-pour-compte aux prises avec un handicap particulier. Il faut donc un équilibre dans la répartition des logements publics. Si des logements publics sont réservés aux personnes souffrant de troubles mentaux, ils doivent être disséminés sur l'ensemble du territoire et non pas être regroupés dans un seul endroit.

J'aimerais savoir ce qui, d'après vous, vous permettrait d'avoir l'infrastructure et le réseau nécessaires afin de pouvoir collaborer avec vos pairs, ici à Regina. Quelles ressources le gouvernement pourrait-il vous offrir pour que vous puissiez essentiellement prendre soin de vous-mêmes et de vos amis?

Mr. Dyck: You are asking me to cover a pretty wide-ranging area, one that I had not given a lot of thought to before I coming here this morning.

The Deputy Chairman: It is an unfair question, but you have been there, done it, and it is people like you that we want to hear from.

Mr. Dyck: I am one of the lucky ones. I am still dealing with clinical depression and will for the rest of my life, as well as a problem with my heart, which is kind of a double-edged sword.

The bottom line is that people just want to feel safe; they want somewhere to go where they can feel safe. That may mean opening or creating an agency that operates 24/7, one that people can call or go to in order to speak to someone. It does not have to be a mental health professional; it could be someone like myself or someone else from our group. We do not need a lot of degrees or initials behind our names. Our meetings are not about that; our meetings are about talking things out, and sometimes that is all it takes.

We must ensure that long waits at hospitals are addressed, as well as an advocacy program for all of the mental health issues. To express it all in bricks and mortar, I do not know. I know about what has worked for many people in our group. When I go into the hospital to do a support group there, I know what they talk about. The hospital is a safe place for them to recover, but the minute they leave, if there is nothing out there for them such as support from family or friends, they will be back in the hospital within a few months.

A case in point: I know of an individual who was basically homeless and due to his addictions was unable to work. He spent a month pushing a shopping cart around, sleeping wherever he could, then a month in hospital, then back out and a month with the shopping cart. He lived like this for a number of years.

Where do people go? A clearing house must operate 24/7 and the program must be a family thing. We have to educate them.

I have been married three times. My depression probably contributed to the failure of each marriage. It is the same thing with employment. There are hundreds and thousands of us in that same situation. We need somewhere to go to say "I need help and this is what I need." There are many agencies and groups out there, but I do not know of a clearing house.

I will give you something to research. When I first came out of hospital, I wanted to get all the information I could because of my severe depression. I found a group in Alberta called the Organization for Bipolar Affective Disorders, or OBAD. It deals not just with manic depression but with all mental disorders. I could not believe the system they had set up. They had a network of all the different organizations, including

M. Dyck : Vous me demandez de traiter d'une question passablement vaste à laquelle je n'ai pas beaucoup réfléchi avant de comparaître aujourd'hui.

Le vice-président : C'est injuste de vous poser une telle question, mais nous voulons entendre l'opinion des gens qui, comme vous, savent de quoi ils parlent.

M. Dyck : Je suis un de ces chanceux. Je suis encore aux prises avec une dépression clinique, et je le serai pour le reste de mes jours. Je souffre également d'une maladie du coeur. C'est une arme à deux tranchants.

En fin de compte, les gens ne veulent que se sentir en sécurité. Ils veulent un endroit où ils peuvent se sentir en sécurité. Il pourrait s'agir de créer un organisme offrant des services 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, c'est-à-dire un endroit où les gens pourraient téléphoner ou se rendre pour parler à quelqu'un. Il n'est pas nécessaire que ce soit un professionnel en santé mentale. Ce pourrait être quelqu'un comme moi ou un autre membre de notre groupe. Nous n'avons pas besoin d'avoir ni diplômes ni titres. Nos réunions ne visent qu'à nous permettre de discuter, et c'est parfois tout ce qu'il faut.

Nous devons régler le problème des longues listes d'attente dans les hôpitaux. Il faut également un programme permettant de défendre les intérêts des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. D'une façon directe et concrète, je l'ignore. Je sais ce qui est efficace pour de nombreux membres dans notre groupe. Lorsque je me rends à l'hôpital pour participer à un groupe de soutien, je sais ce dont on y parle. L'hôpital est un endroit sûr pour permettre à un malade de se rétablir, mais il ne suffira que de quelques mois pour y revenir si, à sa sortie, il ne peut pas compter sur notamment le soutien de la famille ou des amis.

Je vous donne un exemple : je connais quelqu'un qui était un sans-abri et qui était incapable de travailler en raison de ses toxicomanies. Pendant un mois, il s'est déplacé avec son chariot, dormant un peu partout. Puis, il a été hospitalisé pendant un mois pour revenir vivre dans la rue avec son chariot pendant un autre mois. Ce cycle s'est répété pendant plusieurs années.

De quelles ressources disposent les gens? Il faut un organisme central offrant des services 24 heures sur 24 pendant sept jours sur sept, et le programme doit être axé sur le soutien de la famille. Il faut former les gens.

Je me suis marié trois fois. Ma dépression a probablement contribué à l'échec de chaque union. C'est la même situation par rapport à l'emploi. Nous sommes des centaines et des milliers à vivre cela. Nous avons besoin d'un endroit où nous rendre pour dire : « J'ai besoin d'aide, et voici ce dont j'ai besoin. » Il existe de nombreux organismes et groupes, mais il n'y en a pas un, à ma connaissance, qui chapeaute le tout.

Voici de la matière à réflexion. La première fois que j'ai obtenu mon congé de l'hôpital, je voulais tout savoir sur ma grave dépression. J'ai trouvé un groupe en Alberta qui s'appelait l'Organization for Bipolar Affective Disorders ou OBAD. Elle s'occupe des gens atteints non seulement du trouble bipolaire mais également de toutes les autres maladies mentales. Je trouvais incroyable le système qu'on y avait structuré. L'organisation

schizophrenia, bipolar disorder, gambling addiction and drug abuse. They had links to other sites. I emailed them and now our group is listed on their site as a Saskatchewan contact. I thought it was a great model.

It would be great if they had a physical office that people could walk into, because not everybody has access to the Internet. I hate to say it again, but it would have to operate 24/7. I do not know if such an office would be tied to the Regional Health District or would stand alone. We would all have to get together to discuss how we could make it work. The CMHA would probably be a great vehicle if they knew all the groups out there. I believe someone is speaking here later today from the Saskatchewan division of the CMHA. I do not know their total structure. The government would have to have a hand in all of this.

Our group comprises many patients, consumers, whatever you want to call us, we have our own lives. We need a hand, that is all we are asking for. We are not asking for special status or extraordinary circumstances, just to have doors opened for us. We want the same rights and privileges as every other Canadian. It is not the big things we need; it is the little things that will help us.

The Deputy Chairman: We hear you, Mr. Dyck, and we understand. I am afraid that we will have to move along as we are a little bit behind.

Our next witness is Ms. Lisa Simmermon?

Ms. Lisa Simmermon, Public Relations Director, Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment: Thank you so much for the opportunity to speak with you today. I am a parent of a 15-year-old with autism. By evening time, I am a symphonic musician and by day I home-school my son.

It took five years to get a diagnosis for him here in Saskatchewan. The challenge is that you need people with very specific training in autism spectrum disorders diagnosis. That training is not mandatory for psychiatrists and psychologists; they must obtain it at their own expense. It is difficult to encourage people to spend their own money obtaining training that is absolutely critical for a particular sector of mental health and mental disability.

Once we had a diagnosis we realized why we experienced all the challenges we faced, and also found out what it was possible to achieve. We realized that what was possible to achieve was not available here in Saskatchewan in terms of effective treatment. As is the case with many other families, our efforts to advocate for that treatment to be available here were completely unsuccessful, and continue to be so. At present, Saskatchewan is the only

disposait d'un réseau regroupant les différents groupes dans les différents domaines : schizophrénie, trouble bipolaire, dépendance au jeu et toxicomanie. Elle avait de liens renvoyant à d'autres sites. Je lui ai fait parvenir un courriel, et maintenant notre groupe figure sur le site de l'organisation à titre de groupe de contact en Saskatchewan. Je pensais que c'était un merveilleux modèle.

Ce serait formidable si l'organisation possédait des locaux où les gens pourraient se rendre, parce que nous n'avons pas tous accès à l'Internet. Je déteste devoir le répéter, mais il faudrait offrir des services 24 heures sur 24 pendant 7 jours sur 7. J'ignore si un tel bureau relèverait du Service régional de la santé ou s'il serait autonome. Il faudrait examiner tous ensemble les modalités. L'ACSM pourrait jouer un tel rôle utile si elle était au courant de tous les groupes qui existent. Je pense qu'un témoin comparaitra ultérieurement aujourd'hui pour le compte de la section de la Saskatchewan de l'ACSM. Je ne suis pas au courant de l'ensemble de la structure. Le gouvernement devrait avoir voix au chapitre à cet égard.

Notre groupe se compose de patients ou de consommateurs, quelle que soit l'expression que vous choisissez. Nous avons tous notre propre vie. Nous avons besoin d'aide. C'est tout ce que nous demandons. Nous n'exigeons pas un statut particulier ou extraordinaire, nous ne voulons qu'on nous ouvre les portes. Nous voulons les mêmes droits et privilèges que les autres Canadiens. Nous n'avons pas besoin de beaucoup. Il nous faut que des petits coups de pouce pour nous aider.

Le vice-président : Nous avons entendu vos propos et nous comprenons votre point de vue, monsieur Dyck. Nous devons malheureusement passer au prochain témoin, étant donné que nous accusons un léger retard.

Notre prochain témoin est Mme Lisa Simmermon, n'est-ce pas?

Mme Lisa Simmermon, directrice des relations publiques, Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment : Je vous remercie infiniment de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis la mère d'un enfant de 15 ans atteint d'autisme. Le soir, je suis une musicienne classique. Le jour, j'enseigne à mon fils à la maison.

Il a fallu attendre cinq ans avant d'avoir le diagnostic en Saskatchewan. Le problème, c'est qu'il faut des spécialistes possédant une formation très précise pour diagnostiquer les troubles du spectre de l'autisme. Cette formation n'est pas obligatoire dans les cours suivis par les psychiatres et les psychologues. Ils doivent payer pour l'acquérir. Il est difficile d'inciter les gens à payer pour obtenir une formation qui est essentielle dans un secteur particulier de la santé mentale et des troubles mentaux.

Une fois le diagnostic posé, nous nous sommes rendu compte pourquoi nous affrontions tous ces problèmes et nous avons découvert ce que nous pouvions réussir. Nous avons réalisé que le traitement efficace n'était pas offert en Saskatchewan. Comme de nombreuses autres familles, nous avons complètement échoué dans nos tentatives pour faire valoir qu'un tel traitement devrait être offert ici. Actuellement, la Saskatchewan est la seule province

province that does not have a provincial autism program. There are also two territories without a program. It remains a very critical issue for our community.

As a result, we decided that the only way we could help our son was on our own. Education was not successful. Our son could not cope in groups at all, and positive reinforcement is not a philosophy that is used in the school system. We have been successful in teaching our son at home.

We were given the opportunity to place our son in a structured learning classroom where the academic level was never expected to get past grade two. He is now doing grade 11 and is a year ahead of other kids his own age. He has a very severe mental disability but his learning ability is very good if given the accommodations and knowledge that are required for that particular area.

That brings me to the big picture. What is needed on a national basis in terms of the autism community is expertise — real, honest knowledge, and not a little bit of knowledge, which is a terribly dangerous thing. Real expertise is needed to assist not only families with young children with autism but also older people who now realize they have symptoms of autism spectrum disorders and are being diagnosed as older teenagers and adults. There are no supports currently in place on an organized basis across the country to assist those people.

Autism tends to be a little bit of an orphan in the mental disability area. It does not fall neatly into other categories, and generic approaches do not work well with autism issues and challenges.

One problem in looking at the problem on a national or provincial basis is, how do you address the specific issues while still having a larger picture such as a national or provincial action plan?

Here in Saskatchewan, they have put together a cognitive disability strategy with a focus on fetal alcohol syndrome, FAS. However, the people they are hiring for that do not have any expertise or training in autism treatment even though they are expected to have the ability to assist people with autism in our province. This approach will not work. It continues to build the silos that I know your committee is working hard, first, to identify, and then to make recommendations for concrete ways to eliminate them.

As long as we continue to have decision makers who do not have real expertise making decisions about specific mental disability areas, we will continue to have significant problems, and the challenges will remain unaddressed. That is a tremendous waste of people's potential. With effective treatment and adequate supports most people with autism gain the ability for functional speech and communication, and have a perfectly intact IQ. We now know, with effective treatment, that only a small minority have other cognitive disabilities in addition to their autism.

qui n'est pas dotée d'un programme provincial sur l'autisme. Deux territoires sont également dans le même cas que nous. C'est encore un problème crucial dans notre collectivité.

Par conséquent, nous avons décidé que nous étions les seuls à pouvoir aider notre fils. L'école n'a pas été la solution. Notre fils ne pourrait pas s'adapter à la vie en groupe, et le renforcement positif n'est pas utilisé à l'école. Nous avons obtenu du succès en enseignant à notre fils à la maison.

Nous avons eu la possibilité de placer notre fils dans une classe d'enseignement structuré où normalement, le niveau scolaire ne dépasse pas la deuxième année. Il est maintenant en onzième année et il a un an d'avance par rapport aux enfants de son âge. Sa déficience mentale est très grave, mais son aptitude à l'apprentissage est très bonne dans la mesure où il peut bénéficier des aménagements et des connaissances nécessaires dans ce domaine.

J'en arrive ainsi à la situation globale. En ce qui concerne l'autisme, nous avons besoin à l'échelle nationale d'expertise — des connaissances réelles, honnêtes, et pas simplement de quelques bribes de connaissances, car c'est terriblement dangereux. Une véritable expertise est nécessaire pour aider non seulement les familles où se trouvent de jeunes enfants autistes, mais aussi les personnes plus âgées qui se rendent compte qu'elles ont des symptômes de troubles du spectre autistique par suite d'un diagnostic à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte. Aucun soutien pour ces gens n'est actuellement prévu à l'échelle du pays.

L'autisme tend à être un peu le parent pauvre de la déficience mentale. Il ne tombe pas dans d'autres catégories et les approches génériques ne permettent pas vraiment de relever les défis qu'il représente.

Comment régler les questions précises qui se posent localement tout en ayant une image globale illustrée par un plan d'action national ou provincial? C'est un des problèmes qui se posent.

La Saskatchewan a lancé une stratégie pour la déficience cognitive qui met l'accent sur le syndrome d'alcoolisation fœtale, le SAF. Toutefois, les gens qui sont embauchés n'ont pas l'expertise ni la formation voulues pour traiter l'autisme, alors que ce devrait être le cas pour qu'ils puissent aider les autistes dans notre province. Cette approche ne va pas fonctionner, car elle donne lieu à des cloisonnements et je sais que votre comité s'efforce, tout d'abord, de les identifier et ensuite de faire des recommandations concrètes pour les éliminer.

Tant que nous aurons des décisionnaires qui n'ont pas une véritable expertise pour prendre des décisions dans des domaines précis de déficience mentale, nous continuerons à avoir des problèmes importants. C'est un énorme gaspillage du potentiel des gens. Avec un traitement efficace et des soutiens adéquats, la plupart des gens atteints d'autisme arrivent à avoir un langage fonctionnel et à communiquer tout en ayant un QI parfaitement intact. Avec un traitement efficace, nous savons maintenant que seule une petite minorité d'autistes ont d'autres déficiences cognitives en plus de l'autisme.

We know from published research that the cost-effectiveness of providing effective treatment in autism can save 50 per cent of the lifetime costs of supporting an adult with autism if those areas are not addressed through effective treatment, and adequate supports and accommodations. It makes financial sense to step up to the plate, lay down the money and put the programs in place so we can address the problems and begin to enable people to meet their potential.

It has a tremendous impact on not just people with autism but on their families, as well. In families with autism, more than 80 per cent of marriages break down. There is also a significant problem with suicide; with people feeling that the only way out is death for themselves and their family members. That is a tremendous concern. People's needs are not being met. It has nothing to do with saying whether or not that is a criminal action but people's needs are not being met.

I agree with Ms. Solberg's comment about the real need to take a look at our justice system, and perhaps separate it between criminal justice for people with normal brains and a system that deals with people who have brain disorders of many different kinds.

Research clearly shows us that many people who have been convicted have identifiable brain disorders. It seems to me the logical thing to do is identify what the disorders are, and provide the assistance they need. I am not sure that correction is the most productive way to assist people, and I think the word that is most needed here is assistance.

In your report, you ask what we feel about the terms "discrimination" and "stigma." I strongly urge the committee to lean more towards using the word "discrimination" as opposed to "stigma."

You have made comments regarding stigma not being given the significant and serious concern that it deserves; I think you are absolutely right. Discrimination, on the other hand, is a legal issue, but for it to have some teeth there have to be laws that actually enable people to deal with it on a legal basis. One thing we have learned in the autism community over the past few years is that if treatment is not a right it is very difficult to counter the discrimination.

Your consideration of a Canada Mental Health Act in addition to the Canada Health Act is extremely constructive, and the only way to deal with the discrimination issue. It will give the issue legal teeth and, for the first time, people will have the ability to deal with discrimination in a constructive manner. Discrimination happens in different and insidious ways.

One concern of our organization is that resources that are available to foster parents also be available to natural parents. Many children with autism are put into the care of the province because their care needs are so incredibly high that the family breaks down and cannot cope. Sometimes they put their child in care because it is the only way to actually get funds for treatment. Parents put their children in the care of the province, not because

D'après la recherche officielle, nous savons qu'un traitement efficace de l'autisme est rentable et peut faire économiser 50 p. 100 des coûts de soutien d'un adulte autiste dans la mesure où il dispose également de mesures d'adaptation et d'appuis adéquats. Il est judicieux, financièrement parlant, d'intensifier les efforts, d'offrir du financement et de mettre en place des programmes afin de pouvoir régler les problèmes et commencer à permettre aux gens de réaliser leur potentiel.

L'effet est énorme non seulement sur les autistes, mais aussi sur leurs familles. Dans le cas de ces familles, plus de 80 p. 100 des mariages se terminent définitivement. Le suicide pose également un problème important vu que les gens ont l'impression que la seule façon de s'en sortir consiste à disparaître. C'est une énorme source de préoccupation. On ne répond pas aux besoins des gens. Sans aller jusqu'à parler d'acte criminel, il reste qu'on ne répond pas aux besoins des gens.

Je suis d'accord avec Mme Solberg : il faut véritablement se pencher sur notre système judiciaire et peut-être faire la distinction entre la justice pénale pour les gens normaux et un système qui traite des gens qui sont atteints de troubles cérébraux de toutes sortes.

D'après la recherche, il apparaît clairement que beaucoup de gens qui sont déclarés coupables sont atteints de troubles cérébraux identifiables. Il me semblerait logique d'identifier ce que sont ces troubles et d'apporter l'aide qui s'impose. Je ne suis pas sûre que le système correctionnel soit la façon la plus productive d'aider les gens et je crois qu'il faut alors mettre l'accent sur la notion d'aide.

Dans votre rapport, vous demandez ce que nous pensons des termes « discrimination » et « stigmatisation. » J'encourage fortement le comité à utiliser davantage le mot « discrimination » par opposition au mot « stigmatisation. »

Vous avez dit qu'on ne donne pas au mot « stigmatisation » l'importance qu'il mérite; je crois que vous avez parfaitement raison. Par contre, la discrimination est une question juridique, mais pour bien la combattre, il faut des lois qui permettent effectivement aux gens d'aborder cette réalité dans une perspective juridique. Ce que nous avons appris ces dernières années en matière d'autisme, c'est que si le traitement n'est pas un droit, il est très difficile de lutter contre la discrimination.

Le fait que vous envisagiez une Loi canadienne sur la santé mentale en plus de la Loi canadienne sur la santé est extrêmement constructif et serait la seule façon de régler la question de la discrimination. La question serait vue dans une perspective juridique et, pour la première fois, les gens seraient en mesure de lutter contre la discrimination d'une manière constructive. La discrimination se manifeste insidieusement et de toutes sortes de façons.

Notre organisation voudrait que les ressources mises à la disposition des parents de famille d'accueil le soient aussi dans le cas des parents biologiques. Beaucoup d'enfants autistes sont confiés à la province, car leurs besoins sont si élevés que la famille ne peut pas s'en sortir et souvent atteint le point de rupture. Parfois, les familles placent leur enfant, car c'est la seule façon d'obtenir des fonds pour son traitement. Les parents confient

they want to but because they have to, to access the funds for treatment. That is absolutely, morally wrong. We need resources to be available to natural families as well as to foster families.

Surveillance is necessary to find out the extent of the problem. Discussions the Autism Society Canada has had with the Canadian Institute of Health Information, Statistics Canada and Health Canada have been frustrating. There is acknowledgement that Health Canada has the mandate to deal with surveillance but there is not the political will to actually carry it out.

I strongly urge the committee to press Health Canada to act according to their mandate and carry out surveillance for all mental health and brain-based disorders. It is a concern that the only activity on this front at the moment is a pilot project that will use data collections that already exist, rather than building a system that will allow the collection of the data that is needed. That is the challenge. There is no prevalence data of autism except that which Autism Society Canada has been gathering from the departments of education of three provinces. That is the only source of information. We need the federal Department of Health to take responsibility for surveillance issues, which will facilitate better decision making.

We know from diagnosticians in Saskatoon that they have provided diagnosis to hundreds of First Nations children in the North. Those children are not being identified in the special education databases as having autism spectrum disorders. There must be more discussion with our First Nations communities regarding their knowledge of and their beliefs surrounding these disabilities, to provide the information, treatment and support that will work within their cultural needs.

I have no concrete suggestions on that topic but wished to bring to your attention, at least in this province, that it is an identifiable issue that probably exists in the other provinces but may not have been recognized.

In terms of service provision, obviously, treatment is the most important issue in our community. However, services to individuals and their families are exceedingly important as well. There is a big difference between respite and assistance. Often with autism, there are serious safety issues; children have no sense of danger, sometimes they will try to eat non-food items, and they have tremendous sleep difficulties. Parents must sleep in shifts so that there is a parent awake 24 hours a day to closely supervise their child. Making a meal or going to buy groceries becomes impossible, and you must hire someone to look after your child so that you can do things such as mowing the lawn or doing laundry.

This kind of situation is not the same as respite. It is family assistance and is an area that I did not see addressed in your report. I hope that in the final recommendations you include the

leurs enfants à la province, pas parce qu'ils le veulent, mais parce qu'ils y sont obligés s'ils veulent avoir accès aux fonds prévus pour les traitements. Moralement parlant, c'est absolument condamnable. Il faut que les familles biologiques aient accès aux ressources au même titre que les familles d'accueil.

La surveillance est nécessaire si l'on veut déterminer l'étendue du problème. Les discussions que la Société canadienne d'autisme a menées avec l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Santé Canada ont été frustrantes. Il est reconnu que Santé Canada a le mandat de s'occuper de la surveillance, mais il n'y a pas de volonté politique à cet égard.

J'encourage fortement le comité à inciter Santé Canada à agir selon son mandat et à assurer la surveillance de tous les troubles de santé mentale et cérébraux. Ce qui est inquiétant, c'est qu'on se contente actuellement d'un projet pilote qui va utiliser des bases de données qui existent déjà, au lieu de bâtir un système permettant la collecte de données nécessaires. C'est le problème. Il n'existe pas de données sur la prévalence de l'autisme, mis à part les données recueillies par la Société canadienne d'autisme auprès des ministères de l'Éducation des trois provinces. C'est la seule source d'information. Il faut que le ministère fédéral de la Santé assume la responsabilité de la surveillance, ce qui facilitera une meilleure prise de décision.

Des diagnosticiens de Saskatoon nous ont dit avoir posé un diagnostic dans le cas de centaines d'enfants des Premières nations dans le Nord. Ces enfants ne sont pas identifiés dans les bases de données de l'éducation de l'enfance en difficulté comme ayant des troubles du spectre autistique. Il faut avoir plus de discussions avec nos collectivités des Premières nations au sujet de leurs connaissances et de leurs croyances relatives à ces déficiences, afin de leur offrir l'information voulue, les traitements qui s'imposent et des appuis qui respectent leur réalité culturelle.

Je n'ai pas de propositions concrètes à faire à ce sujet, mais je voulais attirer votre attention, au moins dans cette province, sur le fait qu'il s'agit d'un problème identifiable, qui probablement existe dans les autres provinces, mais qui n'a peut-être pas encore été reconnu comme tel.

Pour ce qui est de la fourniture de services, bien sûr, le traitement est la question la plus importante dans notre collectivité. Toutefois, les services offerts aux particuliers et à leurs familles sont extrêmement importants aussi. Répit et soutien ne veulent absolument pas dire la même chose. Souvent, dans le cas de l'autisme, de graves questions de sécurité se posent, puisque les enfants n'ont aucun sens du danger et vont parfois essayer de consommer des articles non alimentaires, sans compter leurs graves troubles du sommeil. Les parents doivent dormir à tour de rôle pour assurer une surveillance 24 heures par jour. Préparer un repas ou aller faire l'épicerie devient impossible et il faut embaucher quelqu'un pour s'occuper de l'enfant afin de pouvoir tout simplement tondre le gazon ou faire la lessive, par exemple.

Ce n'est pas la même chose que le répit; c'est de l'aide aux familles et c'est un domaine que vous n'abordez pas dans votre rapport. J'espère que dans vos recommandations finales, vous

need for an acknowledgement of this issue and the need for resources. It is a safety issue for the individual and their caregivers. It would also allow them to function better as a family.

We noted that several times in the report you have used the terminology of a person “suffering” from a mental illness. We request that you reconsider the use of that term because not every person with a brain-based disability or condition is suffering. A person with high-functioning autism who is actually able to cope very well may not be suffering; they just have challenges with certain issues in their lives. A person with learning disabilities is not necessarily suffering. For some adults with autism, this is an important issue. We discourage the use of terminology that implies that we know what people are experiencing when perhaps we do not.

The other term that concerns us is “mental illness.” Mental illness has been used as a broad term encompassing all the brain-based conditions. A specific recommendation was made, for example, endorsing a certain program that deals with defeating mental illness. That does not work well for brain-based conditions that cannot be defeated; you cannot change the structural brain differences that exist. You can accommodate them and assist them, but you cannot defeat them.

The word “recovery” used in conjunction with mental illness is also problematic because you cannot recover from autism. Again, you can assist, accommodate and educate, but “recovery” is not the correct term; “continuum of care” is an appropriate term. We request that you be cautious in using the term “mental illness” and the statistics that accompany that, and that you also include the broader base.

The last thing I will speak about is a national action plan. This is very important. I am the public relations representative for Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment. We are the provincial autism society and a member of Autism Society Canada which, in turn, is a member of the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health, CAMIMH. We endorse the need for a national action plan but a national action plan needs to be built from action plans for each of the brain-based conditions, and then the commonalities put together. Otherwise, the silos will remain and there will continue to be gaps. As you consider your recommendations we ask you to consider recommending that approach.

The Deputy Chairman: Thank you, Lisa.

The context in which we use “recovery” relates to the necessary adjustments or the necessary rehabilitation of an individual to the point where they can resume some level of functioning in society. It is not used in the context of a complete recovery. If you continue to have concerns about that, I would appreciate if you would drop me a note about it.

indiquerez qu’il est nécessaire de prendre conscience de cette question ainsi que du besoin de ressources. C’est une question de sécurité pour la personne comme pour les soignants, sans compter que la famille pourrait aussi mieux fonctionner.

Nous remarquons qu’à plusieurs reprises, vous parlez dans le rapport des personnes « souffrant » d’une maladie mentale. Nous demandons que vous revoyiez l’utilisation de ce terme, car ce ne sont pas toutes les personnes qui ont une déficience ou des troubles cérébraux qui souffrent. Une personne autiste qui est en fait en mesure de se débrouiller fort bien ne souffre pas nécessairement; elle doit simplement relever des défis dans certains domaines de sa vie. Une personne qui a des troubles d’apprentissage ne souffre pas nécessairement. Pour certains adultes autistes, c’est une question importante. Nous décourageons le recours à une terminologie qui sous-entend que nous savons ce que les gens vivent, alors que parfois ce n’est pas le cas.

L’expression « maladie mentale » nous préoccupe aussi. Cette expression est utilisée pour englober tous les troubles cérébraux. Une recommandation précise est faite au sujet d’un programme particulier relatif à la lutte contre la maladie mentale. Cela ne fonctionne pas bien dans le cas des troubles cérébraux auxquels on ne peut venir à bout; on ne peut pas modifier les différences cérébrales structurelles; on peut prévoir des mesures d’adaptation et de l’aide, mais on ne peut pas en venir à bout.

Le mot « rétablissement » utilisé conjointement avec la maladie mentale pose également problème, car on ne peut pas guérir de l’autisme. Là encore, on peut apporter de l’aide, prévoir des mesures d’adaptation et de l’éducation, mais « rétablissement » n’est pas le terme adéquat; il vaudrait mieux utiliser l’expression « continuum des soins ». Nous demandons que vous soyez circonspects lorsque vous utilisez l’expression « maladie mentale » ainsi que les statistiques afférentes, et que vous englobiez également tout l’éventail des troubles mentaux.

J’aimerais parler, pour terminer, d’un plan d’action national; c’est très important. Je suis la représentante des relations publiques de Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment. Nous sommes la société provinciale de l’autisme et sommes membres de la Société canadienne de l’autisme laquelle, à son tour, est membre de l’Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l’ACMSM. Nous affirmons qu’il est nécessaire d’avoir un plan d’action national, lequel doit découler de ceux relatifs à chacun des troubles cérébraux, avant de pouvoir identifier les points communs, faute de quoi, il y aura toujours des cloisonnements et des lacunes. Dans le cadre de vos recommandations, nous vous demandons d’envisager de recommander pareille approche.

Le vice-président : Merci, Lisa.

Le contexte dans lequel nous utilisons le mot « rétablissement » se rapporte aux mesures d’adaptation nécessaires ou à la réadaptation nécessaire d’une personne, de manière qu’elle puisse fonctionner de nouveau au sein de la société. Il n’est pas utilisé pour signifier guérison complète. Si vous avez toujours des inquiétudes à ce sujet, je vous demanderais de bien vouloir m’envoyer une note dans ce sens.

Ms. Simmermon: I will do that, Senator.

Senator Callbeck: You have raised a number of issues for the committee to consider. You spoke about effective treatment not being available here.

Ms. Simmermon: Yes.

Senator Callbeck: You said Saskatchewan is the only province that does not have a program for effective treatment and supports; is that right?

Ms. Simmermon: It is the only province that does not have a provincial autism treatment program. There is a pilot program in Saskatoon for six children, and that is all, but that is not a provincial autism treatment program.

The Deputy Chairman: I want to ask one brief question. We have been challenged by Autism Society Canada as to whether the appropriate place for consideration of this entity is our report on the basis that autism is not necessarily a mental illness, although some people with autism may have a mental illness. I would like you to comment briefly as to whether you agree with that.

Ms. Simmermon: Mental health has been dealt with in a scattered way for a long time, which has not worked. There is the probability that it will be dealt with in a much more cohesive manner through a national action plan. That certainly is the perspective of CAMIMH, and it is evident from your interim report that there is political will to at least begin the work on this. If autism and the other brain-based conditions that are not usually considered under the terminology of mental illness are not included now they will continue to be excluded. The resources will continue to be not available. Therefore, we would strongly encourage you to please keep it in.

The Deputy Chairman: Thank you very much. I apologize to all of you that we cannot give you the amount of time that you deserve. There are only so many hours in a day and we have to move along as we are behind time.

Our next witness, senators, is Mr. Darrell Downton.

Mr. Darrell Downton, Co-Chair, Mental Health and Addictions Advisory Committee, Five Hills Health Region: I would like to thank the committee for being willing to listen to us. It is very much appreciated. I am the co-chair and consumer representative of the Mental Health and Addictions Advisory Committee within the Five Hills Health Region. I also served as chair of the National Consumer Advisory Committee for the Canadian Mental Health Association from 2001 to 2004. This position allowed me to have not only local but national knowledge.

The Mental Health and Addictions Advisory Committee of the Five Hills Health Region advises the health authority, contributes ideas and receives feedback regarding the strategic planning process for mental health and addictions services in relation to the mental health needs of the residents of the health region.

Mme Simmermon : C'est ce que je vais faire, sénateur.

Le sénateur Callbeck : Vous soulevez plusieurs questions pour notre comité. Vous dites qu'il n'existe pas de traitement efficace ici.

Mme Simmermon : C'est exact.

Le sénateur Callbeck : Vous dites que la Saskatchewan est la seule province qui n'ait pas de programme relatif à un traitement efficace et à des appuis, n'est-ce pas?

Mme Simmermon : C'est la seule province qui n'ait pas de programme provincial de traitement de l'autisme. Un programme pilote a été lancé à Saskatoon pour six enfants, c'est tout, il n'existe donc pas de programme provincial de traitement de l'autisme.

Le vice-président : J'aimerais poser une question rapide. La Société canadienne de l'autisme se demande si notre rapport permet effectivement de démontrer que l'autisme n'est pas nécessairement une maladie mentale, même si certains autistes ont une maladie mentale. J'aimerais savoir rapidement si vous êtes d'accord ou non.

Mme Simmermon : Depuis longtemps, c'est de façon dispersée qu'on aborde la question de la santé mentale, ce qui ne marche pas. Grâce à un plan d'action national, il serait possible de l'aborder de manière plus cohésive; c'est certainement la perspective de l'ACMSM et il apparaît clairement à la lecture de votre rapport provisoire qu'il y a la volonté politique pour au moins entamer le travail voulu. Si l'autisme et les autres troubles cérébraux qui ne sont pas habituellement englobés dans la catégorie de la santé mentale ne le sont pas maintenant, ils ne le seront jamais. Les ressources ne seront toujours pas disponibles. Par conséquent, nous vous encourageons fortement à les englober.

Le vice-président : Merci beaucoup. Je suis désolé de ne pas pouvoir accorder à vous tous le temps que vous méritez; nous n'avons que 24 heures par jour et il nous faut aller de l'avant puisque nous avons pris du retard.

M. Darrell Downton est le témoin suivant.

M. Darrell Downton, coprésident, Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies, Five Hills Health Region : J'aimerais remercier le comité de bien vouloir nous entendre. Je suis coprésident et représentant du consommateur du Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies de la Five Hills Health Region. J'ai également été président du National Consumer Advising Committee pour l'Association canadienne pour la santé mentale, de 2001 à 2004. Ce poste m'a permis d'avoir des connaissances non seulement locales mais aussi nationales.

Le Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies de la Five Hills Health Region conseille l'Office de la santé, fait part de ses idées et reçoit une rétroaction à propos du processus de planification stratégique lié au service de santé mentale et de toxicomanie dans le contexte des besoins des résidents de la région en matière de santé mentale.

This committee has examined the interim report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology from November, 2004. We have developed responses to the key messages and questions arising from this report which are respectfully submitted to the committee under separate cover.

In today's address, I will focus on the issues of stigma, recruitment and retention, health promotion and access. I believe recruitment and retention is an especially crucial issue to the province of Saskatchewan.

When the issues identified in the interim report are effectively addressed, we will be empowered to provide actions that demonstrate a commitment to an improved mental health and addictions system.

A commitment to prioritizing mental health and addictions in the health care plan for all Canadians will allow the wealth of knowledge and best practices to be applied by service providers, and accessed by those who require help to begin and sustain the recovery process. One member of the Mental Health and Addictions Advisory Committee has observed that increasing the capacity to service individuals in this region would allow the provision of core services, leading to a reduction in frustration. Giving a person a good sense of wellness and the ability to function really drops that frustration level down substantially and is very important. That is experienced by the client, their family, service providers, mental health professionals and regional health authorities.

Improving mental health reduces the need for hospitalization and the amount of care needed, which cuts down costs and results in much better outcomes. I know that from personal experience.

There is comprehensive information and well-researched knowledge on what should happen and what works — best practices. What actually does happen is dependent on the capacity available in any given community. In rural Saskatchewan, sometimes that capacity can be substantially limited and that is a serious issue. What we know can work is not currently available in many communities.

There are many possible reasons for the chronic limitations in capacity to deliver services in this field, including stigma and the value assigned to qualitative versus quantitative outcomes.

When I was the chair of the National Consumer Advisory Committee an issue that came up constantly as a major issue was lack of services in rural areas. I believe that should be a priority.

Next I will speak about stigma. There are nationally known groups mandated to identify and correct faulty perceptions on mental illness and addictions. These include the Canadian Mental Health Association and the Schizophrenia Society of Canada. We

Le comité a examiné le rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de novembre 2004. Nous avons élaboré des réponses aux messages et aux questions clés découlant de ce rapport que nous présentons respectueusement au comité dans un document à part.

Aujourd'hui, je vais m'attarder sur les questions de stigmatisation, de recrutement et de maintien à l'emploi, de la promotion de la santé et de l'accès. Je crois que le recrutement et le maintien à l'emploi représentent une question particulièrement cruciale pour la province de la Saskatchewan.

Lorsque les problèmes identifiés dans le rapport provisoire seront effectivement réglés, nous pourrons alors prendre des mesures témoignant de notre engagement envers un système amélioré de santé mentale et de traitement de la toxicomanie.

Si on s'engage à donner la priorité à la santé mentale et au traitement de la toxicomanie dans le cadre du régime de soins de santé pour tous les Canadiens, les fournisseurs de services pourront puiser dans les innombrables connaissances et meilleures pratiques auxquelles auront accès ceux qui ont besoin d'aide pour entamer le processus de rétablissement. Un membre du Mental Health and Addictions Advisory Committee a observé que le fait d'augmenter la capacité de desservir les particuliers dans cette région permettrait d'offrir les services essentiels, ce qui atténuerait le sentiment de frustration. Lorsqu'une personne se sent bien et peut fonctionner, le niveau de frustration tombe considérablement, ce qui est fort important. C'est l'expérience que peuvent vivre le client, sa famille, les fournisseurs de services, les professionnels de la santé mentale, ainsi que les autorités régionales de la santé.

Lorsqu'on améliore la santé mentale, il est moins nécessaire de recourir à l'hospitalisation et les soins nécessaires sont moins nombreux, ce qui réduit les coûts et donne de bien meilleurs résultats. J'en ai fait l'expérience personnelle.

On dispose d'informations complètes et de connaissances rigoureuses sur ce qui devrait arriver et ce qui fonctionne — les meilleures pratiques. Ce qui se produit effectivement dépend de la capacité offerte à toute collectivité. Dans les régions rurales de la Saskatchewan, cette capacité peut être parfois considérablement limitée, et de façon chronique, ce qui est un grave problème. De nombreuses collectivités n'ont actuellement pas accès à ce qui, comme nous le savons bien, peut porter fruit.

On peut l'expliquer de nombreuses façons, en invoquant par exemple la stigmatisation et la valeur accordée aux résultats qualitatifs par rapport aux résultats quantitatifs.

Quand j'étais président du National Consumer Advisory Committee, la pénurie de services dans les régions rurales était un sujet important qui revenait constamment. Je crois qu'il faudrait en faire une priorité.

Je vais maintenant vous parler des préjugés. Il y a des organismes nationaux dont le mandat est de déceler et de corriger les fausses perceptions concernant la santé mentale et les toxicomanies. Il s'agit entre autres de l'Association canadienne

often refer to the issue of rights, which is important for lobbying and for protection. However, the root cause of stigma is faulty perception and any strategy formulated should focus on that area.

There are educational programs that are developed for a range of learning ages, there are public awareness campaigns, and there are publications with accurate information. What is needed is an increased distribution of this valuable information to the general population which could expand the success of the programs and campaigns. It is also important to get that information to family members. Having my dad well informed substantially improved his whole attitude towards me.

There is also a need to develop role models of consumers. Their success stories would give hope to people suffering from mental illness as they could see what it is possible to accomplish. Also, it would improve the attitude and perception of society at large, if they see positive role models.

The educational institutions that train health care personnel provide a brief module on mental health and addictions. The resources available to train health care providers limit their ability to share the knowledge needed to reduce stigma. Lack of resources also restricts access to mental health referrals for their clients and patients. If health care personnel are not familiar with the signs and symptoms of illness they may not refer.

Early identification and treatment is extremely important. In my case, I was not diagnosed for the first 32 years of my life and that caused substantial psychological damage. Even after 10 or 12 years I am just beginning to recover from that damage. An accurate, early assessment brings about much better and less costly outcomes, and a lot more productivity. It also reduces the likelihood of significant psychological damage. Having frontline workers that can make that early identification is important.

Service limitations for mental health and addictions programs suggests that the severity of the illness, recognition of the long-term recovery process and the range of community supports required for management of the illness are either not understood or not valued by the parties responsible for the comprehensive delivery of health care services. The limited options available to people with mental illness and addictions confirm to them that they are not eligible to receive the care and support they deserve. Their recovery is limited by the options available.

I have often observed this personally. At the CMHA national conference in 2002 I was a presenter of a workshop on recovery. I talked about the cord running both ways. I spoke about all the support areas that made it possible and how valuable they are. I also talked about areas that are not being served, needs that are not being met and how my ability to give something, and to perform and function is radically compromised. I call it the cord running both ways. Once that is yanked, my capacity to give something back drops. I need and I give. That is really important.

The Five Hills Health Region has experienced difficulty in recruiting and retaining psychiatrists. This is an especially acute problem in the province of Saskatchewan. It is necessary to

pour la santé mentale et de la Société canadienne de schizophrénie. Nous évoquons souvent la question des droits, qui est importante pour les activités des groupes de pression et pour la protection. Cependant, les préjugés sont causés à la base par de fausses perceptions, et il est important que toute stratégie sur la question mette l'accent là-dessus.

Il existe des programmes d'information conçus pour différents groupes d'âge, des campagnes de sensibilisation et des publications instructives. Or, il faudrait diffuser plus largement ces précieux renseignements auprès du grand public pour en accroître le succès. Il est aussi important de transmettre l'information aux membres des familles. En effet, mon père a adopté une attitude bien meilleure à mon égard, une fois informé.

Il faut aussi trouver des clients qui peuvent servir de modèles. Leur exemple peut donner espoir à ceux qui souffrent de maladies mentales, parce qu'ils pourraient voir ce qu'il est possible de faire. Leur exemple pourrait aussi changer les attitudes et les perceptions de la société dans son ensemble.

Les établissements de santé qui forment le personnel soignant donnent quelques cours sur la santé mentale et les toxicomanies. Comme ils reçoivent une formation limitée, les fournisseurs de soins de santé n'ont pas les connaissances nécessaires pour combattre les préjugés. De plus, comme ils connaissent mal les signes et les symptômes de la maladie mentale, ils ne sont pas portés à envoyer leurs clients et leurs malades consulter.

Le dépistage précoce et le traitement de la maladie sont très importants. Dans mon cas, j'avais 32 ans quand on a diagnostiqué la maladie, ce qui a eu des effets psychologiques importants. Après 10 ou 12 ans, je me remets à peine de ces problèmes. Une évaluation précise et rapide permet d'arriver à de bien meilleurs résultats, en limitant les coûts et les séquelles psychologiques graves. Il est important que des travailleurs de première ligne puissent déceler rapidement le problème.

Quand les programmes de santé mentale et de toxicomanie sont limités, les responsables de la prestation des services de santé ne comprennent pas la gravité de la maladie et ne reconnaissent pas non plus le long processus de guérison et l'ensemble des services communautaires qui sont nécessaires à la gestion de la maladie. Le peu de possibilités offertes aux personnes souffrant de maladies mentales et de toxicomanies leur confirme qu'ils ne peuvent recevoir les soins et l'aide qu'ils méritent. Leur guérison est limitée aux choix qui existent.

Je l'ai souvent constaté moi-même. À la conférence nationale de 2002 de l'Association canadienne pour la santé mentale, j'ai donné un atelier sur la guérison. J'ai expliqué que c'est une roue qui tourne. J'ai parlé de la grande utilité de tous les services de soutien ainsi que des lacunes dans les services, des besoins non comblés et du fait que ma capacité de donner et de fonctionner est radicalement compromise. C'est pourquoi je dis que c'est une roue qui tourne. Si elle ne tourne plus, je ne peux pas donner. Je reçois et je donne. C'est vraiment important.

La Five Hills Health Region a du mal à recruter et à garder des psychiatres. C'est un problème particulièrement grave en Saskatchewan. Il faut recruter des psychiatres à l'étranger. Le

recruit psychiatrists from abroad. The resource issue is reflected by the number of training spaces available in Canada, the ability of psychiatrists to participate in research, and the supports required by psychiatrists in performing their jobs. Psychiatrists in this region have identified a lack of community supports for their patients as impeding patient progress. That is something I very much agree with. Community supports include day activity, programs, education, training, employment and housing options. I would add to that home care as part of the extra support that is needed.

Other supports required by the patients include ability to access prescribed medication and ability to afford it. Limited access presents barriers to patient progress. All mental health and addictions professionals would prefer to work in an environment where the needs of their patients-clients are recognized and the continuum of service is complete.

When I know there is a complete system and it will stay in place, I am able to function really well. I have a problem with the receiver part of my brain, so if things all of a sudden drop off, then the receiver part of my brain dramatically drops and I very quickly become non-functional. Having that support system in place means that I can do a lot of really good things. It is cost effective and very valuable in every way.

The Five Hills Health Region is an active participant in the Interagency Committee. This committee believes that working together and integrating the services enables the complex needs of children, youth and their families to be more adequately met, thus enhancing their well-being. As I have stated, I wish that had been my experience.

The region also sponsors the Kids First program. These initiatives represent a good beginning in health promotion, education and early intervention. The continuity of these programs is uncertain.

I have participated in programs, especially work programs, where oftentimes there is a short time span for execution. In terms of my daily walk it is like I am wobbly and yet I am expected to do a 4.4-second 40-yard dash; it will not happen. However, as proven in the program in 1996 that I was involved in, they had to expand the timeline but I did meet the objectives and nine years later I am still working. When they put the money up, it was cost-effective then and it continues to be cost-effective because the government continues to save money. It is a good deal.

Many programs are operated by annual grants. This year, the funding for the literacy program was discontinued. The partners in these programs recognize what can work and welcome the resources that can be invested today for healthy outcomes tomorrow.

As I have said, stability is absolutely crucial for me. Without it, I am in a lot of trouble. Those who provide resources require demonstrated outcomes. The early intervention programs do yield results. I think I am proof of that. However, the results occur over time and recognition of a longer term of budget cycles is needed.

problème de ressources est lié au nombre de places dans les établissements d'enseignement au Canada, à la capacité des psychiatres de participer à la recherche et au soutien dont les psychiatres ont besoin dans l'exécution de leur travail. Les psychiatres de la région ont indiqué que la pénurie de services communautaires empêchait leurs patients de guérir. Je suis tout à fait d'accord avec eux. Il faut offrir des services comme des activités de jour, des programmes, des cours, de la formation, de l'emploi et des possibilités de logement. J'ajouterais que les soins à domicile font aussi partie des services nécessaires.

Les malades ont aussi besoin d'avoir la possibilité et les moyens de se procurer des médicaments prescrits. Un accès limité aux médicaments nuit à leur guérison. Tous les professionnels de la santé mentale et des toxicomanies aimeraient que les besoins de leurs clients soient reconnus et qu'il y ait un ensemble complet de services.

Quand je sais que le système est complet et stable, je peux bien fonctionner. J'ai des problèmes au cerveau qui peuvent m'empêcher très rapidement d'être fonctionnel. Grâce à un système de soutien, je peux faire beaucoup. C'est rentable et très précieux de bien des façons.

Le Five Hills Health Region participe activement aux activités du comité interagences. Ce comité croit que la collaboration et l'intégration des services permet de mieux répondre aux besoins complexes des enfants, des jeunes et de leurs familles, et ainsi d'accroître leur bien-être. Comme j'ai dit, j'aurais aimé avoir droit à ces services.

La région parraine aussi le programme Kids First. Ce programme offre des moyens pour assurer la promotion de la santé, l'éducation et l'intervention précoce. La survie de ces programmes est incertaine.

J'ai participé à des programmes, surtout de travail, où souvent le temps d'exécution est court. Ma démarche est encore hésitante et on s'attend pourtant à ce que je fasse 40 verges en 4,4 secondes; ce n'est pas possible. Cependant, pour le programme de 1996 auquel j'ai participé, les délais ont été allongés et j'ai atteint les objectifs, si bien que, neuf ans plus tard, je travaille toujours. Quand ils ont injecté des fonds, c'était rentable et cela continue de l'être parce que le gouvernement économise toujours. C'est une bonne affaire.

Beaucoup de programmes fonctionnent avec des subventions annuelles. Cette année, le programme d'alphabétisation a perdu son financement. Les partenaires de ces programmes reconnaissent ce qui peut fonctionner et acceptent les ressources qu'on peut investir aujourd'hui pour le mieux-être de demain.

Comme je l'ai dit, la stabilité est absolument essentielle pour moi. Si je n'en ai pas, j'ai de graves problèmes. Ceux qui fournissent les ressources veulent avoir la preuve que leur investissement donne des résultats. Les programmes d'intervention précoce en donnent. Je crois en être la preuve.

As I previously stated, I do meet goals; it just takes me longer to reach them.

In relation to access, services and treatment options must exist before they can be accessed. This region has experienced a reduction in inpatient beds. There has also been an increase in the number of people who extend their stay on the inpatient unit because the required community supports are not available. This demonstrates access to an inappropriate resource because the appropriate resource does not exist, or is functioning beyond capacity.

An intake worker for Child, Adult and Youth Services receives an average of eight referrals for services each working day. That is quite a challenge. These people require care; urgent needs are attended to. However, there is a waiting list of approximately four weeks for mental health and addictions services. Addictions research demonstrates that requiring a person who is ready for treatment to wait will likely result in their reconsidering their willingness to enter treatment.

My own experience is that when things start to deteriorate I become more and more frustrated and less likely to participate. If it is early and I am an excited participant, then the results will be improved substantially. The data exists that demonstrates the demand for services exceeds the supply. Waiting for services can result in an inpatient admission which does not represent a preferred use of limited resources.

The framework of support described by the Canadian Mental Health Association identifies the range of services required by people who experience mental illness, and their families. They have a right to a continuum of care in their own community. They tend not to complain when their treatment is overlooked.

I am like that; I very much do not say anything. An example of that is, I had one of the best ladies a person could ever ask, I had a two-bedroom basement suite. With all the things that I do and the way I am, I have a hard time keeping things organized. In 2003, I was evicted and now I live in an apartment. That was a substantial drop. I have difficulty communicating and many times I am overlooked. Sometimes I feel that the services just are not there. I have lived with the stigma.

The Aboriginal community represents a marginalized group that, when faced with mental illness and addictions, may not access services in a timely or appropriate manner. Identifying the barriers to service in this community is a first step in developing an effective response to their needs. Saskatchewan has the highest population of Aboriginal people in Canada. When they did a cross-Canada checkup in regards to mental illness the one key area of Saskatchewan was Aboriginal.

It is also important to recognize that primary needs such as housing, employment, education, physical health and social supports must be met prior to a recovery and treatment program.

I worked for many years as a camp counsellor. They put the special needs kids in my cabin because I have knowledge from personal experience. I have seen eight- or nine-year-old kids who

Cependant, les résultats prennent du temps à se manifester et il faut reconnaître la nécessité de cycles budgétaires à long terme. Comme je l'ai dit, j'atteins les objectifs, mais cela me prend plus de temps pour y arriver.

Pour ce qui est de l'accès, il faut d'abord que des services et des traitements soient offerts. Le nombre de lits dans les hôpitaux a diminué dans la région et les séjours à l'hôpital se prolongent en raison de la pénurie de services dans la communauté. Les ressources sont donc insuffisantes et celles qui existent sont surutilisées.

Un conseiller à l'accueil aux services pour enfants, jeunes et adultes reçoit en moyenne huit clients par jour ouvrable. C'est beaucoup. Ces personnes ont besoin de soins et on répond aux besoins urgents. Cependant, la liste d'attente est d'environ quatre semaines pour les services de santé mentale et de toxicomanie. D'après les recherches en matière de toxicomanie, la personne qui doit attendre avant d'entreprendre le traitement qu'elle est prête à suivre risque de se désister.

Pour ma part, quand la situation commence à se détériorer, je deviens de plus en plus irrité et de moins en moins enclin à participer. Au début, je suis enthousiaste et les résultats seront meilleurs. Les données indiquent que la demande de services dépasse l'offre. Attendre des services risque d'entraîner l'hospitalisation, ce qui n'est pas une utilisation judicieuse des ressources limitées.

L'Association canadienne pour la santé mentale explique l'ensemble de services dont les personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale et leurs familles ont besoin. Ils ont le droit de recevoir un ensemble de soins dans leur milieu. Ce ne sont pas des gens qui sont portés à se plaindre qu'on les néglige.

C'est mon cas; je ne dis pas grand-chose. Je vous donne un exemple; j'occupais deux chambres dans le sous-sol chez une dame très bien. Je suis une personne qui a du mal à s'organiser. En 2003, j'ai été expulsé et je vis maintenant en appartement. Ce fut tout un choc pour moi. J'ai du mal à communiquer et, bien souvent, on me néglige. J'ai parfois le sentiment que les services manquent. Je fais l'objet de préjugés.

La communauté autochtone est un groupe marginalisé qui n'a pas toujours accès comme il le faudrait aux services dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies. Pour bien répondre à leurs besoins, il faut d'abord déterminer les obstacles aux services. C'est en Saskatchewan que la population autochtone est la plus importante au Canada. Une évaluation pancanadienne sur la santé mentale a indiqué que les Autochtones étaient une priorité en Saskatchewan.

Il faut reconnaître que les besoins de base comme le logement, l'emploi, l'éducation, la santé physique et les services sociaux passent avant le programme de rétablissement et de traitement.

J'ai travaillé pendant des années comme conseiller de camp. Je m'occupais des enfants qui ont des besoins spéciaux en raison de mon expérience personnelle. J'ai rencontré des enfants de huit ou

have given up hope, many of whom are First Nations children. When you begin to intervene and are able to relate to them, you can give them back a sense of hope. The hope becomes instilled in the other campers and their perceptions change. You can see the way things can blossom even in a week.

A special example for me was in my last year working at a camp, a parent's or guardian's response with an FAS child was, "I just hope he does not steal anything and can stay the week." Would you believe that the child was selected as camper of the week. I can tell you that really puts wind in my sails. I am excited about that. It is an example of what can happen when there are proper intervention methods in place.

In Saskatchewan, the Aboriginal population is over-represented in the justice system. A lot of times there may be programs that are in place once they are in the justice system but it is much more important to have that intervention process and plan in place to reach these children before they ever get into the justice system. It saves \$50,000 a year plus many other things, in terms of benefits to society.

There may be an opportunity to introduce a healing process with the individuals and their circle of support in correctional settings. That would have to be sensitive to how First Nations people operate and to their culture, which I think is important. Transitional programs from corrections to community may be an option to explore.

Telehealth is a promising resource that is employed in this region. It has improved access to child psychiatry. A provincial protocol is in place for its use, and a review is currently being conducted on the use of telehealth in the past year. This resource may assist with the difficulty in recruiting specialists or consultants. Telehealth is used for educational purposes. Webcasts have been used for training. This investment has been helpful and suggests long-term benefits.

Canada is the only one of the G8 countries not to have a national strategy for mental health and addictions. Such a national strategy can work if financial resources and an accountability process are released with the strategy.

As stated in your third report, the best resources are represented by consumer and family members. Where is the implementation and practical steps for funding, providing resources to them and having them at the table. If they are the real experts there should be a plan in place to make use of them, and to provide for their needs. An increase in their capacity is integral to a successful strategy. With no resources that remains a dream.

I have had some professional training, and I have attended a ton of different conferences, including international ones. I attended a building-capacity session in Ottawa that was put on by the National Network of Mental Health and funded by the federal government. There are all these things in place but there is no actual blueprint of resources to take all the things that are offered and put them into practice.

neuf ans qui ont perdu espoir, et beaucoup sont des Autochtones. Quand on réussit à établir le contact avec eux, on peut leur redonner espoir. L'espoir se transmet aux autres campeurs et les perceptions changent. Même en une semaine, ils peuvent commencer à s'épanouir.

Je me rappelle que la dernière année où j'ai travaillé au camp, le parent ou le tuteur d'un enfant atteint du syndrome d'alcoolisation fœtale espérait seulement qu'il puisse faire la semaine sans rien voler et, croyez-le ou on, cet enfant a été choisi campeur de la semaine. Je peux vous dire que cela me donne vraiment des ailes. Cela me réjouit. Voilà ce qui peut arriver quand les bonnes méthodes d'intervention existent.

En Saskatchewan, les Autochtones ont plus de démêlés avec la justice que le reste de la population. Il peut exister des programmes pour venir en aide aux délinquants, mais il est beaucoup plus important d'intervenir avant que les enfants se mettent à commettre des infractions. C'est une économie de 50 000 \$ par année sans compter tous les autres avantages pour la société.

On pourrait peut-être mettre en place un processus de guérison en milieu correctionnel, qui tiendrait compte de la mentalité et de la culture autochtones, ce qui est important je pense. Les programmes de transition permettant la réinsertion sociale des détenus peuvent être envisagés.

Télésanté est une ressource prometteuse utilisée dans la région. Elle a amélioré l'accès à la pédopsychiatrie. Il existe un protocole provincial à ce sujet et l'utilisation du service Télésanté l'an dernier fait l'objet d'un examen. Cette ressource peut aider à régler le problème de recrutement des spécialistes ou des conseillers. Télésanté sert à des fins éducatives. La formation est faite sur le Web. Cet investissement a été utile et devrait avoir des avantages à long terme.

Le Canada est le seul pays du G8 à ne pas avoir de stratégie nationale en matière de santé mentale et de toxicomanie. Une stratégie nationale de ce genre peut fonctionner avec des ressources financières et un processus de responsabilisation.

Comme c'est indiqué dans votre troisième rapport, les meilleures ressources sont représentées par les clients et les membres de la famille. Où sont les mesures de financement pour qu'ils obtiennent des ressources et soient consultés? Si ce sont les vrais experts, il faut penser à les consulter et à répondre à leurs besoins. Une augmentation de leurs capacités est nécessaire au succès de toute stratégie. Sans ressources, c'est utopique.

J'ai une formation professionnelle et j'ai participé à une foule de conférences, notamment des conférences internationales. J'ai assisté à un atelier sur le développement des capacités à Ottawa, organisé par le Réseau national pour la santé mentale et financé par le gouvernement fédéral. Il y a beaucoup de ressources mais aucun plan directeur pour les utiliser.

Thank you for this opportunity to present the issues that the committee believes can improve mental health and addictions in this province and this country. The issues are extensive and focus is required to build the capacity of each region. This can be achieved through targeted, evidence-based resources for mental health and addictions professionals, service providers, community services, consumer and family members, and research and medication.

One last point: Something that I have really appreciated when I have been at conferences is hearing family members speak. They give very valuable insights. Oftentimes, when I have spoken at conferences family members have had pretty much the same response to me; they find it helpful. I think that is an area that needs to be examined seriously; it is a very important area.

That concludes my part of the presentation.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Downton. We will hear from Les Gray and Anne Marie Ursan, and then we will ask questions.

Mr. Les Gray, Co-Chair, Mental Health and Addictions Services Advisory Committee, Five Hills Health Region: Thank you, Senator Keon and Senator Callbeck. Also, thanks to the clerk and the researcher who I realize are very important.

The committee has spent a great deal of time preparing this report and looking at the results of your report that is the preamble to all this.

I have nothing more to add, other than when you do return to Ottawa, when all your journeys are over, we hope that the compilation of all this material will bring about the changes we are hoping for. We appreciate all your time; I know you would not be here if you did not have a great deal of interest in these matters, and I would like to thank you.

Ms. Anne Marie Ursan, Manager, Rehabilitation Services, Mental Health and Addictions Advisory Committee, Five Hills Health Region: Senators, I work with the Five Hills Health Region in mental health and addictions. The presentation today came from the Mental Health and Addictions Advisory Committee to the health region. I would like to underscore that the committee is very valuable to our region. They are representatives from a broad section of the community. In the past number of months they have examined the committee's interim report closely and have submitted under separate cover their responses to the questions raised. The terms of reference for the advisory committee have also been circulated to the committee. It really has been a collaborative effort, an effort in partnership, and it was given a lot of thought by the members who are not here today, but we have attached the membership list.

Senator Callbeck: Thank you for preparing this report. I have had an opportunity to look through it briefly and it is obvious that you have spent a great deal of time, effort and energy on this. It will be useful to the committee in our discussions when we are finalizing the recommendations for the federal government.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion d'expliquer ce qui, comme le croit le comté, peut améliorer les services de santé mentale et de toxicomanie dans notre province et notre pays. Les problèmes sont considérables et il faut mettre l'accent sur le développement des capacités de chaque région. C'est donc important de fournir des ressources ciblées et fondées sur des preuves aux professionnels des domaines de la santé mentale et des toxicomanies, aux fournisseurs de services, aux services communautaires, aux clients et aux membres de leur famille, ainsi que de faire de la recherche et d'offrir les médicaments.

Un dernier point : j'ai beaucoup aimé entendre, au cours des conférences, les membres des familles s'exprimer. Leur point de vue est très précieux. C'est aussi souvent ce que trouvent les membres des familles qui participent à ces conférences. Ils estiment que c'est une intervention utile. Je crois qu'il faut examiner la question de près; c'est très important.

Ceci met fin à mon exposé.

Le vice-président : Merci beaucoup, monsieur Downton. Nous allons maintenant entendre Les Gray et Anne-Marie Ursan, après quoi nous vous poserons des questions.

M. Les Gray, coprésident, Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies, Five Hills Health Region : Merci, sénateur Keon et sénateur Callbeck. Merci également à la greffière et à l'attaché de recherche qui jouent un rôle important, je me rends compte.

Le comité a consacré beaucoup de temps à la préparation de ce rapport en s'inspirant du vôtre, qui est le point de départ de tout ceci.

Je n'ai rien d'autre à ajouter, sauf pour dire que, quand vous retournerez à Ottawa, nous espérons que l'étude de toute la documentation recueillie donnera lieu aux changements que nous attendons. Nous vous remercions du temps que vous nous accordez; je sais que vous ne seriez pas ici si le sujet ne vous intéressait pas beaucoup, et je tiens à vous en remercier.

Mme Anne-Marie Ursan, gérante, services de réhabilitation, Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies, Five Hills Health Region : Sénateurs, je travaille dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies dans la Five Hills Health Region. C'est le Comité consultatif en matière de santé mentale et de toxicomanies de cette région qui vient témoigner aujourd'hui, et j'aimerais souligner que le comité est très important dans la région. Il est composé de représentants de divers milieux. Au cours des derniers mois, ils ont examiné de près le rapport provisoire du comité et ont rédigé un document qui formule leurs réponses aux questions soulevées. Le mandat du comité consultatif a aussi été distribué aux membres. C'est vraiment un travail de collaboration, de partenariat, qui a suscité beaucoup de réflexion de la part des membres qui ne sont pas ici aujourd'hui, mais dont la liste est jointe en annexe.

Le sénateur Callbeck : Merci d'avoir produit ce rapport. J'y ai jeté un coup d'œil rapide et on voit tout de suite que vous y avez consacré beaucoup de temps, d'efforts et d'énergie. Il va nous être utile au cours de nos discussions et pour la rédaction de nos recommandations au gouvernement fédéral.

First, what area does the Five Hills Region include?

Mr. Gray: That covers a region that extends to the border in the south, to Chaplin, I believe, to the west and to Belle Plaine to the east, and up as far as Central Butte to the north and to the west. Geographically, it is a fairly large area. Our population base is approximately 60,000 people. Moose Jaw is the central point where the services are provided from. It is an urban-rural mix. As you probably are aware the rural population is slowly being decimated by the many changes that are taking place in our lives. We do not have an Aboriginal population as such, but we believe the fact that First Nations people are migrating into the smaller cities and towns will probably present some problems in relation to the Aboriginal population in the future.

Senator Callbeck: That is similar to my own province where people are tending more and more to live in Charlottetown and Summerside; the rural areas are certainly suffering.

Mr. Gray: You do not want to give up the rural areas in that beautiful province.

Senator Callbeck: That is right. You referred to the lack of psychiatrists; one of the witnesses this morning mentioned that Regina has far fewer psychiatrists than Saskatoon. Mr. Downton mentioned that one of the reasons in this area is the lack of community supports; are there more supports in Saskatoon?

Mr. Gray: Saskatoon has the teaching hospital, it is the university. Therefore, they will migrate to that area. Regina does have a resource of psychiatrists but it is not a resource that you can always count on. We are in need of psychiatrists who can deal with children's problems although there is a psychiatrist in Regina who does that through telehealth and we can usually have communications between one of the psychiatrists in Moose Jaw with the individual in Regina.

To be honest, that may be the direction we will take. When you look at immediate need, when you are faced with a child displaying psychiatric disorders, you do not want to wait too long because the longer you wait the worse the problem becomes.

Senator Callbeck: Are you making much use of telehealth?

Mr. Gray: It is becoming quite useful, yes. We have used it in mental health and in outlying communities too. We will have a specialist in Moose Jaw, and rural doctors can utilize that communication to ask for a decision or information regarding patients and treatment. It was actually Moose Jaw, Five Hills, who actually got the ball rolling on that.

Mr. Downton: I attend prayer meetings at church. We have a very small group that attend but there are two parents who have adult children with mental illness. Because of the shortage of psychiatrists, it is rare that they get visits. Basically, all they have time for is medication and out the door. Those parents feel helpless or frustrated sometimes. It is no fault of the psychiatrists;

D'abord, quel territoire couvre la Five Hills Region?

M. Gray : Elle s'étend de la frontière de la province au sud, jusqu'à Chaplin, je pense, à l'ouest, Belle Plaine, à l'est, et Central Butte au nord. C'est une région assez vaste. Elle compte une population d'environ 60 000 personnes. Moose Jaw en est le point central, où les services sont offerts. C'est une région à la fois urbaine et rurale. Comme vous le savez probablement, la population rurale diminue lentement en raison des nombreux changements que la société connaît. Il n'y a pas de collectivités autochtones dans la région, mais nous croyons que le déplacement des membres de Premières nations vers les petites municipalités et localités va probablement nous faire connaître certains des problèmes associés aux Autochtones.

Le sénateur Callbeck : La même chose se passe dans ma province où les gens ont tendance de plus en plus à s'installer à Charlottetown et à Summerside; ce sont certes les régions rurales qui en souffrent.

M. Gray : Et on ne veut surtout pas abandonner les régions rurales de cette magnifique province.

Le sénateur Callbeck : Tout à fait. Vous avez parlé du manque de psychiatres. L'un des témoins de ce matin a mentionné que Regina comptait moins de psychiatres que Saskatoon. M. Downton a indiqué que ce phénomène s'expliquait notamment par le manque de soutien communautaire; y en a-t-il davantage à Saskatoon?

M. Gray : À Saskatoon, il y a l'hôpital universitaire. Les psychiatres ont donc tendance à s'installer dans cette région. Regina a accès à un bassin de psychiatres, mais ce n'est pas une ressource sur laquelle on peut toujours compter. Nous avons besoin de psychiatres capables de traiter les problèmes des enfants, bien qu'un psychiatre le fasse à Regina via Télésanté et que nous puissions généralement établir des communications entre les psychiatres de Moose Jaw et les personnes en place à Regina.

En toute franchise, c'est peut-être l'orientation que nous allons choisir. Lorsqu'on est aux prises avec un enfant éprouvant des troubles psychiques, le besoin est urgent et il ne faut pas attendre trop longtemps parce que plus vous attendez, plus le programme s'aggrave.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que vous utilisez beaucoup Télésanté?

M. Gray : C'est devenu effectivement un mécanisme très utile. Nous l'utilisons pour la santé mentale de même que pour les collectivités isolées. Les médecins des régions rurales peuvent se servir de ce réseau de communication pour parler à un spécialiste de Moose Jaw afin d'obtenir une décision ou de l'information concernant des patients ou un traitement. C'est d'ailleurs l'office régional de santé Five Hills de Moose Jaw qui a piloté ce dossier.

M. Downton : Je participe à des réunions de prière à l'église. Notre groupe est très restreint, mais il compte deux parents ayant des enfants adultes atteints de maladie mentale. En raison de la pénurie de psychiatres, il est rare qu'ils puissent obtenir des visites. Essentiellement, les psychiatres ont seulement du temps pour les prescriptions et les consultations externes. Il arrive

I believe they are doing as good a job as they can with the limited resources available. I believe it is really important for people to get the depth of support, and the ability to talk things through, from family members. It is important to have that as a priority.

Senator Callbeck: You are a great spokesperson, Darrell, with your experience and expertise. Thank you.

The Deputy Chairman: Approximately how many towns are within the Five Hills Health Region that could be supportive of community facilities, for example, a combination of social service and health facilities, so that there could be an infrastructure for mental health services?

Mr. Gray: We have health centres in some of the smaller communities because we cannot get a practicing physician to work there. There is not enough dialogue with other physicians and they are migrating to the larger towns.

We have services for immunization and all the public health services. Clinics are usually two or three days a week, depending on the size and population. There are psychiatric nurses who attend some of the clinics who can at times be helpful. However, in a major sense people have to come into Moose Jaw to receive psychiatric services, and usually the physician in that rural area does a recommendation or report to assist them.

The Deputy Chairman: To the nurse, for example, in the small town?

Mr. Gray: Yes.

The Deputy Chairman: In terms of support services for somebody in one of these small communities without an income, without housing, is there a good connection between Moose Jaw and the little community to provide that or does a person have to move to Moose Jaw?

Mr. Gray: I think Anne Marie Ursan can speak in that regard because she deals with that on a continuing basis.

Ms. Ursan: One thing we are experiencing in our region is the evolution of primary health care. For the community of Central Butte that team has been built and the response of the constituents in that area is such that if there is a mental health event, the team wraps around that person and we have a visiting community mental health nurse and psychiatrist who attend to those needs.

In the area of community mental health nursing, they attend to the overall needs of the individual, including housing and other community support plans. We have started that in the area of Central Butte, and the agenda includes the areas of Assiniboia and Gravelbourg to also build some primary health care teams to give the people in those communities greater access. The professionals or specialists from Moose Jaw travel to those

parfois que ces parents se sentent démunis ou frustrés. Ce n'est pas la faute des psychiatres; je crois qu'ils font le meilleur travail possible compte tenu des ressources limitées disponibles. J'estime qu'il est vraiment important que ces gens aient accès à tout le soutien possible et qu'on ait l'occasion de discuter à fond de toutes ces choses, notamment pour les membres de la famille. Il est primordial que l'on en fasse une priorité.

Le sénateur Callbeck : Avec toute votre expérience et votre expertise, Darrell, vous êtes un porte-parole formidable. Merci.

Le vice-président : Environ combien de villes sont desservies par l'office régional Five Hills et pourraient appuyer la mise en place d'une infrastructure de services de santé mentale pouvant être fondée, par exemple, sur une combinaison d'installations de services sociaux et de santé?

M. Gray : Il y a des centres de santé dans certaines petites collectivités parce qu'il est impossible d'y attirer un médecin d'exercice privé. Ils souffrent d'un manque de dialogue avec les autres médecins et ils finissent par déménager vers des villes plus grandes.

Nous offrons des services d'immunisation et tous les services de santé publique. Les cliniques sont habituellement ouvertes deux ou trois jours par semaine, selon la taille de la population. Certaines des cliniques peuvent compter sur des infirmières psychiatriques pouvant parfois être utiles. Quoi qu'il en soit, les gens doivent généralement se rendre à Moose Jaw pour obtenir des soins psychiatriques, et le font habituellement à la suite d'une recommandation ou d'un rapport du médecin pratiquant dans leur région rurale.

Le vice-président : Pour l'infirmière, par exemple, dans une petite ville?

M. Gray : Oui.

Le vice-président : Pour ce qui est des services de soutien dont aurait besoin un membre de ces petites collectivités qui est sans revenu et sans logement, existe-t-il des liens efficaces entre Moose Jaw et sa communauté pour lui donner accès à de tels services ou est-ce que la personne doit absolument déménager à Moose Jaw?

M. Gray : Je crois qu'Anne-Marie Ursan pourra vous répondre à ce sujet parce qu'elle a continuellement à composer avec ce genre de situations.

Mme Ursan : Parmi les phénomènes que nous constatons dans notre région, on peut noter l'évolution des soins de santé primaires. Pour la communauté de Central Butte, une équipe a été constituée et la réponse des citoyens est telle que l'équipe peut intervenir dès qu'une personne se retrouve aux prises avec un problème de santé mentale de telle sorte qu'une infirmière spécialisée et un psychiatre puissent répondre à ses besoins.

Les intervenants en soins infirmiers en santé mentale s'efforcent de répondre à tous les besoins de la personne, y compris pour ce qui est du logement et des autres mesures de soutien communautaire. Nous avons débuté dans la région de Central Butte, et le programme prévoit que les régions d'Assiniboia et de Gravelbourg vont également mettre sur pied des équipes d'intervention en soins de santé primaires pour que les

communities. As we speak, we also have a psychiatrist and a community mental health nurse who travel to the Assiniboia region.

We have what is referred to as an approved home setting, which is supervised care for people who experience long-term mental illness in a very small town known as Rockglen.

These are the initiatives that are emerging within the health region. However, if people want access to the whole continuum of care, including the housing and employment options and more available productive day activities, there is a tendency for them to relocate to the larger community.

The Deputy Chairman: Is there flexibility in the system that would allow such a person to live in their village, that the revenues could go to the family who would look after them, provide a room in a stable home for them and so forth, instead of them having to move to Moose Jaw, into a foreign environment?

Ms. Ursan: There has been some opportunity for that to occur and, as we speak, there is one person in a fairly remote rural community that receives what we call depot clinic. Their medication is long-term injectable. We have someone from Moose Jaw bringing that person in for depot clinic and spending some time attending to chores, et cetera. There is some income support available to families who are caring for people with a long-term mental illness. That assists with the housing and medication.

There are still some missing pieces; one is that everyone needs something to wake up to and something to do during the daytime hours, and certainly those options are more limited in rural communities. This particular person is okay with that. They have family nearby, they are a member of the community, they find enough things to do and are fortunate to have family and community interactions.

It is something that can work although it is not a one-size-fits-all plan. The supports are there and it is really up to the person to decide the range of services they want. If they want the full meal deal they would move, but if they can manage well and enjoy being in their smaller community the nurses do whatever they can to construct the supports for that to happen.

The Deputy Chairman: If you have a person with a mental disability in a small village who requires on a temporary basis full-time housing, full-time financial support and so forth, what becomes of them?

Ms. Ursan: A person in a rural community that has the need even for a short-term stay in the city of Moose Jaw, can be admitted to the inpatient unit if they require it. Most people would, then, during the normal course of events go through the

gens de ces collectivités profitent d'un meilleur accès à ces soins. Ce sont les professionnels et les spécialistes de Moose Jaw qui se déplacent pour visiter ces communautés. Il y a également un psychiatre et une infirmière en santé communautaire qui se rendent dans la région d'Assiniboia.

Nous offrons aussi ce que nous appelons un milieu résidentiel approuvé, où des personnes aux prises avec une maladie mentale chronique peuvent vivre sous supervision dans une petite ville nommée Rockglen.

Voilà donc pour les initiatives qui voient le jour sous la responsabilité de l'office régional de santé. Cependant, si les gens veulent avoir accès à toute la gamme de soins, y compris le logement, des programmes d'emploi et des activités productives davantage disponibles, ils ont tendance à déménager dans les plus grandes villes.

Le vice-président : Le système offre-t-il la flexibilité voulue pour que ces personnes puissent choisir de demeurer dans leur village, que les fonds puissent aller aux familles qui prennent soin d'elles, qu'on puisse leur trouver une chambre dans un foyer stable, notamment, plutôt que de les obliger à déménager à Moose Jaw, dans un environnement qui ne leur est pas familier?

Mme Ursan : Il existe certaines possibilités en ce sens et il y a actuellement une personne dans une communauté rurale assez éloignée qui reçoit une médication injectable à effet prolongé. Quelqu'un de Moose Jaw s'occupe d'amener cette personne à la clinique pour le traitement et de l'aider un peu dans ses tâches ménagères, notamment. Un soutien financier est également accessible aux familles qui doivent prendre soin d'une personne aux prises avec une maladie mentale chronique. Cette aide financière est offerte au titre du logement et des médicaments.

Il y a encore des lacunes à combler; tout le monde a besoin d'une raison pour se lever le matin et d'une activité pour occuper ses journées, et il est bien certain que les options en ce sens sont plus limitées dans les communautés rurales. La personne dont je vous parle n'a pas de problème à ce chapitre. Sa famille est tout près et elle est bien intégrée à la collectivité, de telle sorte qu'on lui trouve suffisamment de choses à faire et qu'elle peut avoir des interactions avec les membres de sa famille et de sa communauté.

C'est un mécanisme qui peut donner des résultats, bien que ce ne soit pas une panacée. Les mesures de soutien sont en place et c'est essentiellement à la personne qu'il revient de décider quelle gamme de services elle souhaite obtenir. Si elle veut avoir accès à la totalité des services, elle va déménager; si elle arrive à se tirer d'affaires et préfère demeurer dans sa petite collectivité, les infirmiers et infirmières vont tout mettre en œuvre pour déployer les mesures de soutien nécessaires à cette fin.

Le vice-président : Si une personne vivant avec un trouble mental dans un petit village a temporairement besoin d'un logement à temps plein, d'un soutien financier à temps plein et ainsi de suite, qu'advient-il d'elle?

Mme Ursan : Un résident d'une collectivité rurale qui a besoin de séjourner ne serait-ce que pendant une courte période dans la ville de Moose Jaw peut être admis dans une unité de soins si cela est nécessaire. Ainsi, la plupart des gens vont normalement

intake process so that someone can sit down with them and assess where their needs are. We refer to that as, what domains they require services in. Once that is established we set up the menu. There is a range of residential options that include approved home settings. Starting this fall we will have a supported apartment-living program, so that they are able to live with as much self-reliance as possible and use whatever supports they require. In some instances, it may be a reminder to take medications; for others it may be help in preparing meals.

The income support most often comes from the provincial Department of Community Resources and Employment. Some people have income from Canada Pension Plan, Disability Benefits. If they need assistance in managing their income, Salvation Army provides trusteeship. We have the community mental health nurses who develop the support plan.

In addition, they have access to what we refer to as independent living coaches. If people elect not to go into the supportive apartment program and find an apartment on their own, a coach will assist them with everything from menu planning, meal planning, filling out income tax returns, doing the laundry, or whatever they identify as the needs. Of course, within that care they have the treating psychiatrist, the nurse and a community resource centre that offers day programs, group activities and educational events. We have even introduced laughter yoga once a week and music therapy; whatever the interest base of the client group might be.

There are also employment programs. One is called Transition to Employment and Human Resources and Skills Development Canada, HRSDC, is one of the contributors to that program, where people learn social skills, life skills and pre-employment skills. Then, they have an opportunity to be coached in the community in securing part-time or full-time work.

There is an odd-job squad, a supportive program for employment in the community that allows people to work as many hours a week as they are able to. It is often contract work; lawns, shovelling snow in the winter months and a few cleaning contracts. Some people have graduated to undertake a cleaning contract on their own, so SPEC has to find something else. We do what we can but we still find ourselves falling short in many areas. Darrell may have something to add.

Mr. Downton: I think I should. I am probably an example of the success because I started with the SPEC program, I developed a sense of confidence. When you are working you feel like you are making a productive contribution, and it energizes you. I gained experience, the workers were very supportive and very patient with us so that we learned skills and learned them well. Since

s'adresser aux services d'accueil pour que quelqu'un puisse évaluer leurs besoins. C'est ainsi que nous déterminons les services auxquels les gens doivent avoir accès. Une fois que cela est établi, nous préparons un programme. Il y a toute une gamme d'options de logement, y compris les milieux résidentiels approuvés. À compter de l'automne, nous offrirons un programme de séjour en appartement avec soutien, de manière à ce que les gens puissent vivre avec un maximum d'autonomie en ayant recours aux mesures de soutien dont ils ont besoin. Dans certains cas, il faudra leur rappeler de prendre leurs médicaments; pour d'autres, ce sera de l'aide pour la préparation des repas.

Plus souvent qu'autrement, le soutien financier vient du ministère provincial des Ressources communautaires et de l'Emploi. Certaines personnes reçoivent des prestations d'invalidité dans le cadre du Régime de pensions du Canada. Si elles ont besoin d'aide pour gérer leur revenu, l'Armée du Salut offre des services d'administration fiduciaire. Des infirmières communautaires en santé mentale se chargent d'élaborer le plan de soutien.

En outre, ces personnes ont accès à des tutorats pour l'apprentissage de la vie autonome. Si une personne choisit de ne pas participer au programme de séjour en appartement avec soutien et de se trouver elle-même un logement, le tuteur pourra l'aider à planifier ses menus, prévoir ses repas, remplir ses déclarations de revenus, faire la lessive ou pour tout autre besoin déterminé. Bien évidemment, ils ont aussi accès à leur psychiatre traitant, à l'infirmière et au centre de ressources communautaires offrant des programmes de jour, des activités de groupe et des activités éducatives. Nous offrons même maintenant un atelier de yoga du rire une fois par semaine ainsi que de la musicothérapie; nous nous adaptons en fonction des intérêts du groupe client.

Il y a également des programmes d'emploi. L'un d'eux s'appelle Transition to Employment et est notamment financé par Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC). Les participants y acquièrent des habiletés sociales, des connaissances pratiques et des compétences préalables à l'emploi. Ils profitent ensuite du soutien d'un mentor qui les aide à trouver un emploi à temps partiel ou à temps plein dans la collectivité.

Dans le cadre d'un programme de soutien de l'emploi dans la collectivité, il y a également une équipe des menus travaux qui permet aux gens de travailler autant d'heures qu'ils en sont capables durant la semaine. Il s'agit souvent de travaux à forfait comme tondre le gazon, pelleter la neige ou faire du ménage. Certains ont suivi une formation pour pouvoir accepter eux-mêmes des contrats de ménage, ce qui fait que le SPEC doit trouver autre chose. Nous faisons tout notre possible, mais c'est encore insuffisant sous bien des aspects. Darrell pourrait peut-être vous en dire davantage.

M. Downton : Je crois que je devrais. Je suis probablement moi-même un exemple de réussite, car j'ai débuté avec le programme SPEC qui m'a permis d'acquérir une certaine confiance. Lorsque vous travaillez, vous avez l'impression d'apporter une contribution productive et cela vous donne de l'énergie. J'ai acquis de l'expérience, les travailleurs nous aidaient

1996, I have been working at a senior citizens' place which has been very good, I have a very good employer. They accommodate my needs and with the skills that I have learned I have really enjoyed working there. It has been a very positive experience for me.

The Deputy Chairman: I think that is wonderful. I want to hear more about this laughter yoga. I think we could use some of that in Ottawa. Tell me about it.

Ms. Ursan: I am not the certified trainer. It actually comes to us compliments of the Canadian Mental Health Association. Effectively, people laugh when humour is presented to them but it depends on their ability to "get it" or not. Laughter yoga is a physical activity, and it is often said that having a good laugh for about seven minutes is about the same as being on a treadmill for the same amount of time. It is really a physical activity that probably promotes the release of chemicals to help us feel better. It helps us to relax. There is a reduced amount of injury and it is also something that will help us stay young.

It is somewhat of a structured program where people have the opportunity to laugh, to produce the sound of a laugh and to engage in activities that will call for spontaneous laughter. At the end, the client group says gee, that was a pretty good workout. There is some movement for people who generally do not move too much and there is some happiness to it. When we are all walking around the room saying, "ha-ha-ha, ho-ho-ho, he-he-he," there is a bit of a contagion involved.

I know that some workplaces have included laughter programs as a way of raising one's spirits, doing something completely different, and giving yourself a distraction, a coffee-break type of thing. It is done through the promotion of breathing, some nice structured activity and what is most important for us, interaction with other people who will enjoy themselves just as much.

Mr. Gray: I was at one session where the individual who was the instructor got us laughing, and then he asked the audience what they were thinking of while they were laughing. Nobody could think of what they were thinking of because it releases whatever it is so that if you are troubled you forget it for that period of time. In a sense it is a good psychiatric tool.

Mr. Downton: I think the practical thing also at the community service centre has often been an atmosphere of laughter, and it really helps a lot. I have a personal example. One time a person was having a bad day and was quite agitated. I am a little bit of a comic and without making fun of him the use of humour defused things; he felt better and it was really significant.

Also at the mayor's luncheon when the presentation was made, I heard that a 10 per cent or 15 per cent improvement in morale produces a 40 per cent improvement in productivity. A lot of that

beaucoup et étaient très patients avec nous de telle sorte que nous avons pu acquérir des compétences de façon très efficace. Depuis 1996, je travaille dans une résidence pour personnes âgées, ce qui me satisfait pleinement, parce que j'ai un très bon employeur. Mes besoins sont pris en compte et grâce aux compétences que j'ai acquises, j'apprécie grandement mon expérience de travail à cet endroit. C'est une expérience très positive pour moi.

Le vice-président : Je trouve que c'est formidable. Je voudrais en savoir plus au sujet de ce yoga du rire. Je crois que cela pourrait nous être utile à Ottawa. Pouvez-vous m'en parler?

Mme Ursan : Ce n'est pas moi qui suis la monitrice accréditée. Nous y avons en fait accès grâce à l'Association canadienne pour la santé mentale. Ainsi, les gens rient lorsque des éléments humoristiques leur sont présentés, mais tout dépend de leur capacité de « saisir » ou non. Le yoga du rire est une activité physique et on dit souvent qu'il est aussi bénéfique d'avoir un bon rire durant environ sept minutes que de faire du tapis roulant pendant à peu près le même temps. C'est vraiment une activité physique qui favorise probablement le dégagement de substances chimiques pour que nous nous sentions mieux. Cela nous permet de mieux relaxer. Le nombre de blessures diminue et c'est également une activité qui nous aide à rester jeune.

C'est en quelque sorte un programme structuré où les gens ont la possibilité de rire, de produire le son d'un rire et de participer à des activités qui déclencheront un rire spontané. À la fin, le groupe client peut se dire que c'est un excellent exercice. Il y a un peu de mouvement pour des gens qui généralement ne bougent pas trop et il y a aussi un climat de bonne humeur. Lorsque nous marchons tous autour de la salle en répétant « ha-ha-ha, ho-ho-ho, hé-hé-hé », l'enthousiasme est plutôt contagieux.

Je sais que certains lieux de travail ont intégré des programmes de rire afin de rehausser le moral des troupes, de faire quelque chose de complètement différent et d'offrir un genre de distraction en guise de pause-café. C'est un exercice qui favorise une saine respiration grâce à quelques activités bien structurées et, ce qui importe le plus pour nous, une interaction avec d'autres personnes qui s'amuse autant que nous.

M. Gray : J'ai participé à une séance où le moniteur nous a fait rire avant de nous demander à quoi nous pensions pendant que nous rions. Personne n'a pu lui répondre parce que nous étions dans un tel état de relâchement que nous avons oublié toutes les préoccupations que nous pouvions avoir. D'une certaine façon, c'est un bon outil psychiatrique.

M. Downton : Je crois également qu'on s'amuse bien de manière générale au centre de services communautaires et je pense que ça aide beaucoup. J'ai un exemple personnel à cet effet. Un gars avait une mauvaise journée et était plutôt perturbé. Je peux être comique à mes heures et je me suis servi de l'humour, sans me moquer de lui, pour désamorcer les choses; il s'est senti mieux et le rire lui a vraiment été bénéfique.

Au déjeuner du maire lorsque cet exposé nous a été présenté, on nous a également dit qu'une amélioration de 10 à 15 p. 100 du moral des troupes se traduisait par une augmentation de 40 p. 100

is associated with humour and a sense of joy, of life. It sure makes a big difference when that atmosphere is in place.

Mr. Gray: Senators, perhaps you could take that back to Ottawa and we could see in the house a little more laughter and maybe more productivity.

The Deputy Chairman: We hear you.

Senator Callbeck: I have a couple of questions about the independent living coaches. How is a person assigned a coach? If you need help with income tax, is there a different coach than if you are having a problem with housing?

Ms. Ursan: Once you are assigned a coach that is your coach and the coach does everything. They are expected to be able to call on the necessary resources if there is something they are unable to provide themselves.

Senator Callbeck: I notice in your terms of reference it says, "Make recommendations for effectively involving the community and the general public in mental health and addictions issues." Do you have anything to add that has not been brought up this morning regarding that?

Mr. Gray: We have committee members from throughout the district. When we consider addictions, including the crystal meth phenomenon, we get reports back from the small communities. We are always interested in what is happening in the small towns because the problems that you find there migrate to the larger areas. Through that type of communication we find out quite a few things.

We had a large number of suicides in rural communities when the farm situation was not good, and it still has not improved. There were incidents where, for example, on a clear day, on a road that was fairly good, a half-ton truck driven by a farmer hit a big semi for no apparent reason. That gives you material to speculate about and to attempt to research. However, because you do not know whether it was or was not deliberate, you can only make assumptions.

This information came to us from the farming community. When you have farmers' wives that are extremely stressed because their husbands are extremely stressed, and you have children who are extremely stressed, they do not see any future, any option of staying with the farm. These are concerns that have been brought to us.

The concerns are handed off to mental health and addictions and we attempt on an outreach basis to talk to people; we have counsellors who go into the communities. However, when you are

de la productivité. Cela est en grande partie attribuable à l'humour et à l'appréciation de la vie. Il est bien certain que les choses se passent beaucoup mieux lorsqu'un tel climat prévaut.

M. Gray : Sénateurs, vous pourriez peut-être transposer cela à Ottawa et nous pourrions voir un peu plus de bonne humeur et peut-être davantage de productivité en Chambre.

Le vice-président : Message reçu.

Le sénateur Callbeck : J'ai quelques questions concernant le tutorat pour l'apprentissage de la vie autonome. Comment procède-t-on pour désigner un tuteur pour une personne? Si vous avez besoin d'aide pour votre déclaration de revenus, devez-vous faire appel à un tuteur différent que si vous avez un problème de logement?

Mme Ursan : Une fois qu'un tuteur vous est assigné, c'est votre tuteur et il s'occupe de tout. Ils sont censés être capable de faire appel aux ressources nécessaires lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'offrir un service eux-mêmes.

Le sénateur Callbeck : Je constate que votre mandat prévoit notamment que vous devez formuler des recommandations quant à la mobilisation efficace de la communauté et du grand public dans les dossiers touchant la santé mentale et la toxicomanie. Pourriez-vous apporter à ce sujet des précisions qui n'ont pas encore été données ce matin?

M. Gray : Tous les secteurs du district sont représentés au sein de notre comité. Lorsque nous nous penchons sur la toxicomanie, y compris le phénomène du crystal meth, nous obtenons des comptes-rendus de la situation dans les différentes petites collectivités. Il est toujours intéressant de savoir ce qui se passe dans les petites villes parce que les problèmes qu'on y retrouve finissent par se manifester dans l'ensemble de la région. Ces mécanismes de communication nous permettent de suivre l'évolution de la situation.

Il y a eu un grand nombre de suicides dans les communautés rurales lorsque la conjoncture agricole n'était pas bonne, et elle ne s'est d'ailleurs pas encore améliorée. Il y a eu par exemple des cas où, par temps clair et en plein jour, sur une route parfaitement praticable, un camion d'une demi-tonne conduit par un agriculteur est entré en collision avec un semi-remorque sans raison apparente. Cela nous donne matière à réflexion pour d'éventuelles recherches. Cependant, parce qu'il est impossible de savoir si le geste était délibéré ou non, on ne peut que formuler des hypothèses.

C'est la communauté agricole qui nous a mis au fait de la situation. Des épouses d'agriculteur sont extrêmement stressées parce que leur mari est lui-même extrêmement stressé; les enfants sont aussi très stressés car ils ne voient aucune perspective d'avenir, aucune possibilité de rester sur la ferme. Ce sont des préoccupations dont nous avons été saisis.

Ces préoccupations peuvent donner naissance à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et nous nous efforçons de déployer des services d'approche pour aller parler à ces gens; nous

covering such a large area it is difficult; if you do not have enough people to meet the needs, you cannot achieve a great deal.

Senator Callbeck: You use a public nomination process for the advisory committee?

Mr. Gray: Yes.

Senator Callbeck: Do you have a lot of nominations?

Mr. Gray: The last time it was just to replace members. Initially, I believe we had about 16. You have to consider what they can contribute to the committee and where they are from, because we want to be representative of pretty well every area, and we have succeeded in doing that. Although there have been times when we have had to seek out an individual from the community to sit on the advisory committee.

Senator Callbeck: One last question: I want to read all your extensive brief, but on the last page you mention that the provincial Health Quality Council is doing a fairly good job with respect to mental health. Could you give us more details about the provincial Health Quality Council?

Mr. Gray: My knowledge is not based on doing an awful lot of work with them. The Health Quality Council was set up by the minister and it is more or less at arm's length from government. It advises the government on numerous issues, mental health being one of them. Physician recruitment is another and new innovations, all the things in the health field that require attention.

We believe that they ought to work with the national council. Rather than trying to do everything by ourselves it makes more sense to join a larger group so that we are not reinventing wheels all over this large country. We can learn from others and that is the intent, I think; to say let us share information.

Senator Callbeck: How long has that been in existence?

Mr. Gray: Probably three years, I believe.

Ms. Ursan: The Health Quality Council has been in existence for a couple of years; prior to that it was known as the Health Service Utilization and Research Committee, HSURC. One of the great contributions they made to our health region in, I believe, 2002, was they did documentation services and provided us with best-practice information. They also offered a member of what would now be the council to serve on the committee that was reviewing mental health and addictions services in that region.

Some resources they provided gave us key indicators of access, availability and appropriateness that were used in the final report. They also coached us in terms of how to develop the focus groups

avons des conseillers qui visitent les communautés. Il est toutefois difficile de desservir une si grande région; si vous n'avez pas suffisamment de personnel pour répondre aux besoins, vous ne pouvez pas faire grand-chose.

Le sénateur Callbeck : Utilisez-vous un processus public de nomination pour le comité consultatif?

M. Gray : Oui.

Le sénateur Callbeck : Recevez-vous beaucoup de candidatures?

M. Gray : À la dernière occasion, il s'agissait simplement de remplacer certains membres. Au départ, je crois qu'il y avait 16 candidats. Il faut considérer la contribution pouvant être apportée au comité ainsi que la provenance des candidats, parce que nous voulons que presque tous les secteurs soient représentés, et nous sommes parvenus à le faire. Il y a cependant eu des occasions où il a fallu solliciter un membre de la communauté pour qu'il fasse partie du comité consultatif.

Le sénateur Callbeck : J'ai une dernière question. Je vais me faire un devoir de lire votre mémoire en entier, mais je note qu'à la dernière page, vous indiquez que le conseil provincial pour la qualité des soins de santé fait du bon travail pour ce qui est de la santé mentale. Pourriez-vous nous en dire davantage au sujet de ce conseil?

M. Gray : Je n'ai malheureusement pas beaucoup travaillé avec le conseil. Il a été mis sur pied par le ministre et fonctionne de façon plus ou moins indépendante par rapport au gouvernement. Il conseille le gouvernement dans différents dossiers, dont celui de la santé mentale. Il s'occupe aussi des questions liées au recrutement des médecins et aux innovations; en fait de toutes les questions d'intérêt dans le domaine de la santé.

Nous croyons qu'il devrait y avoir collaboration avec le conseil national. Plutôt que d'essayer de tout faire nous-mêmes, il est plus logique d'intégrer les ressources au sein d'un groupe plus large de manière à ne pas perdre son temps à réinventer la roue dans toutes les régions de ce grand pays. Nous pouvons apprendre de l'expérience des autres et c'est justement, je crois, l'objectif visé. Il est important de partager l'information.

Le sénateur Callbeck : Depuis combien de temps ce conseil existe-t-il?

M. Gray : Je crois bien que cela fait trois ans.

Mme Ursan : Le conseil pour la qualité des soins de santé existe depuis quelques années. Il portait auparavant le nom de Health Service Utilization and Research Committee. Les gens du conseil ont notamment été d'un grand secours à l'office régional de la santé en 2002, si je ne m'abuse, en offrant des services documentaires et en nous fournissant des renseignements sur les pratiques exemplaires. Ils ont également désigné un membre de ce qui est devenu le conseil pour travailler au sein du comité chargé de la révision des services liés à la santé mentale et à la toxicomanie dans la région.

Grâce à l'aide du conseil, nous avons pu compter sur des indicateurs-clés en matière d'accès, de disponibilité et de pertinence qui ont été utilisés pour le rapport final. Ils nous ont

and how to keep the integrity of the report intact. They produce a lot of information for us, not just in mental health and addictions but health in general.

The Deputy Chairman: Once again, I thank all of you very much for coming before us.

The committee adjourned.

REGINA, Thursday, June 2, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 12:55 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: First, let me thank you for coming here today and helping us with our task of preparing the final mental health report, which we hope to complete towards the end of the year. Hopefully, it will have an impact and achieve some of the things you want.

We will begin with Robert Allen, Executive Director of the Registered Psychiatric Nurses of Canada.

Mr. Robert Allen, Executive Director, Registered Psychiatric Nurses of Canada: Good afternoon, on behalf of the Registered Psychiatric Nurses of Canada I would like to thank you for the opportunity to address issues of mental health and mental illness with your committee.

Registered psychiatric nurses appreciate that your committee members have taken their time, interest and energy to address mental health and mental illness issues through meeting with Canadians across the country.

I suspect that your committee has heard much about mental health and mental illness from many experts. I am here today ready to offer you a concise oral presentation using a psychiatric nursing lens. I also have a brief prepared by the Registered Psychiatric Nurses of Canada, which has been submitted to your committee.

First, it may be helpful to know that the mission of the Registered Psychiatric Nurses of Canada is to provide a unified, national and international voice for registered psychiatric nurses. Since I am here today to speak on behalf of RPNs in Canada, it may also be helpful to provide you with a succinct overview of the profession I am here to represent.

également guidé dans la constitution des groupes de discussion et quant aux mesures à prendre pour assurer l'intégrité du rapport. Ils produisent une grande quantité d'information à notre intention, pas seulement en matière de santé mentale et de toxicomanie, mais concernant la santé en général.

Le vice-président : Je tiens à tous vous remercier à nouveau pour votre contribution.

La séance est levée.

REGINA, le jeudi 2 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 12 h 55 pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le vice-président : Tout d'abord, permettez-moi de vous remercier d'être ici aujourd'hui pour nous aider dans notre tâche qui consiste à préparer le rapport final sur la santé mentale, que nous espérons terminer vers la fin de cette année. Nous espérons qu'il contribuera à réaliser certaines des choses que vous demandez.

Nous allons commencer avec M. Robert Allen, directeur exécutif des Registered Psychiatric Nurses of Canada.

M. Robert Allen, directeur administratif, Registered Psychiatric Nurses of Canada : Bonjour. Au nom des Registered Psychiatric Nurses of Canada, j'aimerais vous remercier de me donner l'occasion de parler devant votre comité des questions de santé mentale et de maladie mentale.

Notre association apprécie le fait que les membres de votre comité aient investi temps, intérêt et énergie pour essayer de trouver des solutions en ce qui concerne la santé mentale et la maladie mentale, en rencontrant les Canadiens dans l'ensemble du pays.

Je suppose que votre comité a entendu de nombreux spécialistes en santé mentale et maladie mentale. Je suis ici aujourd'hui prêt à vous offrir un exposé oral concis, partant du point de vue des infirmiers psychiatriques. J'ai également un mémoire qui a été rédigé par notre association et soumis à votre comité.

Tout d'abord, il peut être utile de savoir que la mission de notre association est de se faire le porte-parole, à l'échelle nationale et internationale, des infirmiers psychiatriques autorisés. Puisque je suis ici aujourd'hui pour parler en leur nom, il serait peut-être également utile de vous donner un bref aperçu des membres de la profession que je représente.

Registered psychiatric nurses form the largest single group of regulated professionals in Canada that provide mental health services. Although RPNs are one of three recognized groups of nurses within Canada, people affected by mental health and illness are the public that RPNs primarily serve.

RPNs collaborate with diverse professionals, allied community volunteers and family members to prevent, support, restore, rehabilitate and promote the mental health of Canadians.

Approximately one-fourth of the profession now has a baccalaureate degree, primarily related to psychiatric nursing. A small number within the profession hold a master's degree and an even smaller group prepared at the doctoral level.

Currently in Canada, there is a scarcity of undergraduate programs available in psychiatric nursing, and no graduate or doctoral programs intended specifically for registered psychiatric nurses. Further, there are no nursing practitioner programs in Canada designed to prepare RPNs to engage in advanced psychiatric nursing practice as clinicians in primary care settings with people affected by mental health or mental illness issues.

Registered psychiatric nurses may be best described as practical professionals that constantly learn from the people they serve.

What Canadian registered psychiatric nurses have learned may be best shared with your committee by posing three basic questions: What? So what? And, now what? These questions will introduce the five points that the Registered Psychiatric Nurses of Canada would most like to emphasize to your committee.

The first question: Is there a clear and present danger that mental health and mental illness issues will affect Canadians during their lifetime? The answer is, certainly.

So what? Mental health and mental illness create a staggering burden of disease that translates into disability and, at times, death.

Mental illness requires early intervention. Combating stigma may be central to people seeking and receiving appropriate and timely help.

Children and youth, First Nations people, immigrants, people affected by brain injuries, seniors, people living in rural and remote areas of Canada, people with developmental challenges, offenders, and lesbian, gay, bisexual and transgender people are frequently under-served or fail to register on the Canadian mental health or illness radar screen. Human resources for mental health are often forgotten.

Les infirmiers psychiatriques autorisés forment le groupe le plus important de professionnels réglementés au Canada à fournir des services de santé mentale. Notre association est l'un des trois groupes d'infirmiers reconnus au Canada et elle s'occupe essentiellement des gens souffrant de troubles mentaux au Canada.

Nous collaborons avec différents professionnels, des bénévoles communautaires assimilés et des membres de la famille afin de prévenir les troubles mentaux et de promouvoir la santé mentale des Canadiens.

À peu près un quart des membres de la profession possède à l'heure actuelle un baccalauréat, en infirmerie psychiatrique notamment. Un petit nombre de nos membres détient une maîtrise et un groupe encore plus réduit prépare un doctorat.

À l'heure actuelle au Canada, très peu de programmes de premier cycle sont offerts en soins infirmiers psychiatriques et il n'existe aucun programme de second cycle ou de programmes de doctorat conçus tout particulièrement pour les infirmiers psychiatriques autorisés. De plus, aucun programme d'infirmiers praticiens ne prépare au Canada les infirmiers psychiatriques autorisés à dispenser des soins infirmiers psychiatriques avancés, en tant que cliniciens, dans un environnement de soins de première ligne, aux gens souffrant de troubles de santé mentale ou de maladie mentale.

La meilleure façon de décrire les infirmiers psychiatriques autorisés est de les considérer comme des professionnels qui apprennent constamment au contact des gens qu'ils servent.

Ce que les infirmiers psychiatriques autorisés du Canada ont appris peut être décrit à votre comité en répondant à trois questions de base : quoi? et puis après? et, maintenant, que faire? Ces questions permettent de présenter les cinq points que notre association voudrait faire valoir auprès de votre comité.

La première question : existe-t-il un danger clair et présent que les questions de santé mentale et de maladie mentale affecteront les Canadiens au cours de leur vie? La réponse est oui, absolument.

Alors quoi? La santé mentale et la maladie mentale créent un énorme fardeau qui entraîne une incapacité et, parfois, la mort.

La maladie mentale nécessite une intervention précoce. Pour que les gens puissent demander et recevoir une aide appropriée et opportune, il est essentiel de combattre la stigmatisation.

Les enfants et les adolescents, les Autochtones, les immigrants, les personnes souffrant de lésions cérébrales, les personnes âgées, les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées du Canada, les personnes souffrant de troubles du développement, les contrevenants, les lesbiennes, les gais, les bisexuels et les transgenres reçoivent souvent peu de services ou préoccupent peu le secteur de la santé mentale ou de la maladie mentale. Les ressources humaines en ce qui concerne la santé mentale sont souvent oubliées.

Now what? Federal leadership and collaboration with and among the provinces and territories to develop a national action plan on mental health is urgently needed to close the gap between the burden of mental disorders and the often inadequate resources. People living with a mental illness or mental health problems have a right to the same quality of care and services as people affected by physical illness.

The media can be a vehicle or a barrier to promoting the mental health of Canadians.

Policies and practices at a provincial and national level are needed to ensure people affected by mental health or mental illness issues are afforded the basic rights identified by the Canadian Charter of Rights and Freedoms. Funding and resources to serve the unique and diverse needs of Canadians is essential.

Educational programs should be in place across the country to prepare adequate numbers of mental health professionals that are regulated and licensed to practice in Canada.

The second question is: Is there a link between substance abuse and mental illness? The answer is, definitely.

So what? Excessive alcohol or drug consumption risks the health of Canadian families. Substance abuse affects the well-being of future generations and translates into social costs through crime, injuries and violence. Prescription, illicit and social drugs are used by many Canadians to medicate away symptoms of mental illness, or cope with daily living.

Mental illness and addictions frequently appear together in people as concurrent disorders. There are a myriad of illicit drugs that result in the illness, disability and death of Canadians.

Now what? Continued development and maintenance of effective partnerships with government, mental health professionals and community agencies is a priority.

Care, compassion and respect for the well-being and dignity of the people served are imperatives to effectively addressing the social costs.

Historical barriers and boundaries that have in the past impeded operational and system integration between mental health and addictions services need to be dissolved to create seamless and meaningful services.

Relevant competence and knowledge are critical for professional and allied personnel that respond to service needs across the addictions and mental health continuum of care, from early intervention to treatment and rehabilitation services.

Que faire maintenant? Nous avons besoin de façon urgente du leadership du fédéral et de la collaboration des provinces et territoires pour élaborer un plan d'action national en santé mentale afin de combler l'écart entre le fardeau des troubles mentaux et les ressources souvent insuffisantes. Les gens aux prises avec un trouble mental ou avec un problème de santé mentale ont droit à la même qualité de soins et de services que les gens souffrant de maladies physiques.

Les médias peuvent entraver ou favoriser la promotion de la santé mentale des Canadiens.

Des politiques et des pratiques sont nécessaires tant au niveau provincial qu'au niveau national afin de s'assurer que les gens touchés par des questions de santé mentale ou de maladie mentale jouissent des droits fondamentaux définis par la Charte canadienne des droits et libertés. Des fonds et des ressources pour combler les besoins uniques et variés des Canadiens sont essentiels.

Des programmes de sensibilisation devraient être mis en place dans l'ensemble du pays, afin de préparer un nombre suffisant de professionnels de la santé mentale, qui seraient réglementés et recevraient une licence afin d'exercer au Canada.

La seconde question est la suivante : Existe-t-il un lien entre l'abus d'alcool ou de drogues et la maladie mentale? La réponse est : absolument.

Et puis après? Une consommation excessive d'alcool ou de drogues met en péril la santé des familles canadiennes. L'abus d'alcool et de drogues touche le bien-être des générations futures et se traduit par des coûts sociaux, la criminalité, des blessures et de la violence. Des médicaments d'ordonnance, des drogues illégales et des drogues sociales sont consommés par de nombreux Canadiens pour atténuer des symptômes de maladie mentale ou simplement pour composer avec la vie quotidienne.

La maladie mentale et des problèmes de dépendance se retrouvent fréquemment chez les gens en tant que troubles concomitants. Il existe une myriade de drogues illégales qui donnent lieu à des maladies, à des incapacités et parfois à la mort des Canadiens.

Que faire maintenant? Établir et maintenir des partenariats efficaces entre le gouvernement, les professionnels de la santé mentale et les agences communautaires est une priorité.

Le soin, la compassion et le respect du bien-être et de la dignité des personnes que l'on sert, sont des impératifs afin de trouver une solution efficace aux coûts sociaux.

Les barrières historiques et les limites qui, dans le passé, ont empêché l'intégration opérationnelle et systémique entre les services de santé mentale et de toxicomanie doivent être éliminées afin de créer des services unifiés et significatifs.

Une compétence et des connaissances pertinentes sont essentiels pour permettre aux professionnels et au personnel assimilé de répondre aux besoins en services au niveau de l'éventail des soins qui sont prodigués pour les dépendances et la santé mentale, depuis l'intervention précoce jusqu'aux traitements et aux services de réintégration.

Drug intervention treatment and rehabilitation are important for Canadians. The World Health Organization has recognized since 2003 that for every dollar invested in drug treatment seven dollars are saved in health and social costs.

The third question is: Is together better? Indeed it is.

So what? Primary health care services may be a path to share and integrate mental health care for Canadians. Good intentions are not enough, professionals serving people affected by mental health or illness issues require relevant technical and interpersonal competence.

Family physicians are unprepared to address the volume of mental health or illness issues that present regularly in their offices. The critical mass of psychiatrists in Canada is small. Graduate and doctoral programs designed for registered psychiatric nurses should be afforded comparable federal and provincial funding and the support generously bestowed upon other health professions.

There is a lack of research in the frontline delivery of mental health services in Canada and a need for evidence-based practice.

Now what? The delivery of mental health care is complex and relies on the connection and collaboration of many working in partnership and sharing responsibility with professionals, clients, communities, and municipal and government organizations to integrate services and to improve mental health.

Relevant primary health care concepts through interdisciplinary education that results in competencies in mental health promotion, cultural safety and interpersonal relationships are essential to effective primary health care teams

There is a need for nursing practitioner programs designed for registered psychiatric nurses so that they may support and supplement the work of family physicians and psychiatrists. Registered psychiatric nurses with advanced clinical skills may be invaluable human resources, particularly to primary health care teams in rural and northern areas in Canada.

There is a need for interprovincial collaboration for graduate and doctoral level preparation in psychiatric nursing for RPNs. Research and funding for research is an imperative to provide evidence for quality mental health care.

The fourth question is: Is purposeful action more powerful than crisis reaction? Of course it is.

Des services d'intervention, de traitement et d'intégration pour les toxicomanes sont importants pour les Canadiens. L'Organisation mondiale de la santé a reconnu depuis 2003, que pour chaque dollar investi dans le traitement des toxicomanes, sept dollars sont économisés en coûts de santé et en coûts sociaux.

La troisième question est la suivante : est-ce mieux de le faire ensemble? Oui, absolument.

Et puis après? Les services de soins de santé de première ligne peuvent être un moyen de partager et d'intégrer les soins de santé mentale pour les Canadiens. Les bonnes intentions ne suffisent pas, les professionnels qui offrent des services aux personnes touchées par des questions de santé mentale ou de maladie mentale ont besoin de compétences techniques et interpersonnelles pertinentes.

Les médecins de famille ne sont pas préparés pour faire face à la quantité de gens confrontés à des questions de santé mentale ou de maladie mentale qui se présentent régulièrement à leur cabinet. La masse critique des psychiatres au Canada est peu importante. Les programmes de deuxième et de troisième cycles, conçus pour les infirmiers psychiatriques autorisés, devraient recevoir un financement fédéral et provincial comparable, ainsi que l'appui généreux d'autres professionnels de la santé.

Il existe un manque en ce qui concerne la recherche sur la prestation de première ligne de services de santé mentale au Canada et un besoin de pratique fondée sur l'expérience clinique.

Que faire maintenant? La prestation de soins de santé mentale est complexe et se base sur une relation et une collaboration entre de nombreuses personnes, travaillant en partenariat et partageant la responsabilité avec les professionnels, les clients, les collectivités ainsi que les organisations municipales et gouvernementales, afin d'intégrer les services et d'améliorer la santé mentale.

Des concepts pertinents de soins de santé de première ligne, par le biais d'une éducation interdisciplinaire donnant lieu à des compétences en matière de promotion de la santé mentale, de sécurité culturelle et de relations interpersonnelles, sont essentiels aux équipes de soins de santé de première ligne efficace.

Nous avons besoin de programmes d'infirmiers praticiens, conçus pour les infirmiers psychiatriques autorisés afin qu'ils puissent soutenir et compléter le travail des médecins de famille et des psychiatres. Les infirmiers psychiatriques autorisés dotés de compétences cliniques avancées peuvent devenir des ressources humaines irremplaçables, particulièrement dans les équipes de soins de santé de première ligne dans les régions rurales et les régions du nord du Canada.

Il existe un besoin de collaboration interprovinciale pour la préparation en soins infirmiers psychiatriques au niveau des deuxième et troisième cycles. La recherche et le financement de la recherche sont des impératifs si l'on veut obtenir de l'expérience clinique pour offrir des soins de santé mentale de qualité.

La quatrième question est celle-ci : une action délibérée est-elle plus efficace qu'une réaction en crise? Bien sûr que oui.

So what? Mental health promotion and prevention require a higher priority. Policies and legislation that support the mental health of all Canadians need to be strengthened.

Children and youth, First Nations people, immigrants, people affected by brain injuries, seniors, people living in rural and remote areas of Canada, people with developmental challenges, offenders, and lesbian, gay, bisexual and transgender people need access to appropriate and timely mental health promotion and mental illness services.

The determinants of mental health promotion require collaboration by federal and provincial governments to address the mental health of Canadians in a meaningful way. For example, governments can no longer ignore the vicious cycle of poverty and mental disorders.

Professional human resources for mental health are aging, and educational programs are few compared to other health professions.

A level playing field of funding, support and recognition is needed for mental health research.

Now what? Provincial and national mental health action plans need mental health promotion components. Rational, comprehensive mental health policies and legislation need to be reviewed and revised.

Early intervention, primary, secondary and tertiary prevention and mental health promotion are necessary components for a Canadian continuum of quality mental health care.

Social supports, relationships, social status, personal health practices, health services, medication use, physical health and environmental conditions are the determinants of mental health, which can no longer be ignored or minimized for they affect how Canadians cope with work, play and love everyday.

Collaboration is a cornerstone to addressing the determinants of mental health effectively.

There is a need for succession planning and adequate educational programs for mental health human resources to ensure that there will be adequate clinicians, educators, administrators and researchers into the future.

Funding and research chairs for registered psychiatric nurses and other mental health professionals are essential for the discovery of what works best for Canadians that live with mental health issues, illness or disability.

Et puis après? La promotion de la santé mentale et la prévention exigent qu'on y accorde une plus grande priorité. Les politiques et la législation qui soutiennent la santé mentale pour tous les Canadiens doivent être renforcées.

Les enfants et les jeunes, les Premières nations, les immigrants, les personnes victimes de lésions cérébrales, les personnes âgées, les habitants des zones rurales et éloignées du Canada, les personnes ayant des troubles du développement, les contrevenants ainsi que les lesbiennes, les gais, les bisexuels et les transgenres ont tous besoin d'avoir accès à des services de promotion de la santé mentale et de traitements des maladies mentales en temps opportun.

Les déterminants de la promotion de la santé mentale nécessitent la collaboration des gouvernements fédéral et provinciaux pour faire en sorte que la santé mentale des Canadiens soit traitée de manière constructive. En effet, les gouvernements ne peuvent plus faire fi du cycle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux.

Les professionnels de la santé mentale sont en train de vieillir, et les programmes éducatifs sont peu nombreux comparés à d'autres professions.

Il est donc impératif d'assurer un financement, un soutien et une reconnaissance qui mettraient la recherche en matière de santé mentale sur un pied d'égalité avec les autres disciplines.

Que faire maintenant? Les plans d'action provinciaux et nationaux en matière de santé mentale doivent comporter des éléments de promotion de la santé mentale. Il faudrait établir des politiques et une législation en matière de santé mentale qui soient rationnelles et exhaustives et les réviser.

L'intervention précoce, la prévention primaire, secondaire et tertiaire et la promotion de la santé mentale sont des composantes essentielles d'un continuum canadien de soins de santé mentale de qualité.

Mesures de soutien social, relations, statut social, hygiène de vie, services de santé, utilisation de médicaments, santé physique et conditions du milieu sont autant de déterminants de la santé mentale qu'on ne saurait plus ignorer ou minimiser, puisqu'ils influent sur la manière dont les Canadiens composent avec leur milieu professionnel, récréatif et affectif tous les jours.

La collaboration est capitale dans la gestion efficace des déterminants de la santé mentale.

Il faut impérativement assurer la planification de la relève et mettre sur pied des programmes éducatifs adéquats pour faire en sorte que le nombre de cliniciens, d'éducateurs, d'administrateurs et de chercheurs en matière de santé mentale soit suffisant à l'avenir.

Le financement et les chaires de recherche pour le personnel infirmier psychiatrique autorisé et autres professionnels de la santé mentale sont essentiels pour comprendre ce qui fonctionne le mieux pour les Canadiens vivant avec des troubles, une maladie ou un handicap ayant trait à la santé mentale.

The final question is: Are re-framing and revitalizing mental health services an urgent priority? The answer is, absolutely.

So what? Canadians are disabled and dying because mental health and mental illness remains invisible and underfunded.

Cultural safety is central to helping the diverse Canadian population, for it transcends age, gender, sexual orientation and ethnicity.

Relevant mental health services for lesbian, gay, bisexual and transgender people have long been ignored.

Mental health services have over-relied upon families or volunteers to be service providers. Self-help groups provide significant support to persons with mental illness, and are adjuncts to mental health professionals.

Now what? Mental health needs an immediate injection of human and fiscal resources.

Quality and excellence need to be the highest priority for Canadian people with a commitment to evidence-based improvement and research through a full range of dynamic and progressive mental health and mental health promotion programs and services.

Cultural safety, mental health promotion and primary health care competences for professionals providing mental health services are needed as basic education.

Education and guidelines are needed for mental health professionals to support relevant mental health services for lesbian, gay, bisexual and transgender people to understand the diversity of sexual orientations and gender identities in context, if mental health or substance abuse issues are to be effectively addressed.

People affected by mental health or illness issues should not be expected to rely on random acts of kindness for social support networks. Families and volunteers should not be expected to soldier on as service providers with sparse economic or professional resources for support. Self-help groups afford people with mental health, illness and addictions issues social support, and require financial support.

In summary, mental health and mental illness issues are complex to tackle, but there is hope. The sustainability of our health system for future generations rests upon placing more emphasis on the relationship of mental health to health generally. Mental health and mental illness issues must be addressed as critical components to an overall health care system.

La dernière question est celle-ci : La restructuration et la revitalisation des services de santé mentale sont-elles une priorité? Sans conteste, la réponse est oui.

Que faire alors? Des Canadiens sont frappés d'incapacité et d'autres meurent à cause de maladies mentales, et pourtant, la maladie mentale continue d'être invisible et sous-financée.

La sécurité culturelle est indispensable si on veut aider la population canadienne hétéroclite, car elle transcende l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle et l'origine ethnique.

Des services de santé mentale adaptés aux lesbiennes, aux gais, aux bisexuels et aux transgenres ont longtemps été ignorés.

Les services de santé mentale se fient outre mesure aux familles ou aux bénévoles pour ce qui est de la prestation des services. Les groupes d'entraide fournissent un soutien considérable aux personnes souffrant de maladie mentale; ils sont les alliés des professionnels de la santé mentale.

Que faire maintenant? La santé mentale nécessite une injection immédiate de ressources humaines et financières.

La qualité et l'excellence doivent être la principale priorité pour les Canadiens, et cela doit s'accompagner d'un engagement à apporter des améliorations fondées sur l'expérience clinique et à faire de la recherche sur un éventail complet de services de santé mentale dynamiques et progressistes et de programmes et de services de promotion de la santé mentale.

La sécurité culturelle, la promotion de la santé mentale et la compétence des prestataires professionnels de soins de santé mentale constituent des éléments fondamentaux d'une campagne de sensibilisation.

La sensibilisation et l'élaboration de lignes directrices sont indispensables pour aider les professionnels de la santé mentale à offrir des services de santé mentale adaptés aux besoins des lesbiennes, des gais, des bisexuels et des transgenres et les aider à comprendre la diversité des orientations sexuelles et des identités sexuelles en contexte si on veut s'attaquer efficacement aux problèmes de santé mentale ou de dépendances.

Les personnes souffrant de maladie mentale ne devraient pas avoir à compter sur des actes de générosité aléatoires des réseaux de soutien social. En effet, on ne devrait pas s'attendre à ce que les familles et les bénévoles deviennent des prestataires de services alors même qu'il manque de ressources économiques ou professionnelles. Les groupes d'entraide offrent des services de soutien social aux personnes souffrant de maladie mentale et de dépendances, mais ils ont besoin d'appui financier.

En bref, la santé et la maladie mentales sont des questions complexes, mais il y a de l'espoir. La viabilité de notre système de santé pour les générations futures commande que nous insistions davantage sur la relation entre la santé mentale et la santé d'une manière générale. La santé mentale et les problèmes de santé mentale doivent être perçus comme des éléments cruciaux du système de soins de santé dans son ensemble.

Prevention, promotion and early intervention of mental health problems and mental illnesses have great potential to contain the cost of the delivery of health services generally.

Realizing results from mental health prevention and promotion programs takes time. A long-term commitment and the collaboration of politicians and policy makers at all levels are needed.

Although a national mental health action plan will assist to address short-term needs, implementing programs that address long-term goals requires a sincere commitment to the welfare of Canadian people from governments at all levels.

Finally, the Registered Psychiatric Nurses of Canada asserts support for the Canadian Alliance of Mental Illness and Mental Health in their quest for a national action plan for mental health.

The RPNs of Canada stand with your committee and others that have and will appear before you to speak up and speak out for all Canadians. The work of this committee has great potential to make a positive difference for all Canadians, and ultimately may save lives.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Allen. I want to ask you a question before turning you over to Senator Callbeck who, by the way, is a former minister of health of Prince Edward Island and former premier of Prince Edward Island, so she has extensive experience in the health field.

In our hearings so far, one theme that has come through over and over is the need for community services: in other words, providing an infrastructure for integrated social and medical services; essentially primary care. We could then build the mental health system into those institutional services, many of which are in place even if they do not function well.

This brings me to the question of the nursing profession's role in all this and it seems to me that nurses are the cornerstone of success in community facilities. Indeed, in some of the smaller communities the entire resource will be a psychiatric nurse clinician. In my past life in medicine, I had considerable experience with clinical nurse specialists and I was truly impressed.

I wanted to raise this with you and have your response because, in satisfying the needs of the tremendous void in services to correct problems in mental health and mental illness and addictions, I think there is a huge need for nurse clinicians in psychiatric services. I would like to hear your response to that.

La prévention, la promotion et l'intervention précoce dans les cas de problèmes de santé mentale et de maladie mentale sont des mesures fort susceptibles de limiter le coût de la prestation des services de santé en général.

Il faut du temps pour que les programmes de prévention et de promotion en matière de santé mentale donnent des résultats concrets. Il faut un engagement à long terme et la collaboration des politiciens et des décideurs à tous les paliers.

Même si un plan d'action national en matière de santé mentale permettra de répondre aux besoins à court terme, la mise en oeuvre de programmes visant des objectifs à long terme nécessite un engagement sincère envers le bien-être des Canadiennes et des Canadiens de la part des gouvernements à tous les paliers.

Enfin, notre association réaffirme son soutien à l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale dans le cadre des efforts qu'elle déploie pour établir un plan d'action national pour la santé mentale.

Notre association est solidaire de votre comité et des autres témoins qui ont comparu et qui comparaitront devant vous pour prendre la parole au nom de l'ensemble des Canadiens. Le travail de votre comité est grandement susceptible d'avoir des effets positifs pour l'ensemble des Canadiens et même de sauver des vies.

Le vice-président : Merci beaucoup, monsieur Allen. Je voudrais vous poser une question avant de céder la parole au sénateur Callbeck qui en fait a été ministre de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard et premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard. Elle possède donc une vaste expérience dans le domaine de la santé.

Jusqu'à présent au cours de nos audiences, un thème qui est revenu constamment est le besoin de services communautaires : en d'autres mots, prévoir une infrastructure pour assurer des services sociaux et médicaux intégrés, essentiellement des soins primaires. Nous pourrions alors intégrer le système de santé mentale à ces services institutionnels, dont un grand nombre existent déjà même s'ils ne fonctionnent pas bien.

Cela m'amène à m'interroger sur le rôle de la profession infirmière à cet égard, car il me semble que le personnel infirmier contribue de façon fondamentale à l'efficacité des services communautaires. En fait, dans certaines des petites collectivités, les services sont entièrement assurés par une infirmière spécialisée en psychiatrie clinique. Au cours de ma carrière en médecine, j'ai souvent eu l'occasion de travailler avec des infirmières cliniciennes spécialisées qui m'ont vraiment impressionné.

Je tenais à aborder cette question avec vous et connaître votre réaction parce que pour combler ces énormes lacunes en matière de services destinés à traiter les problèmes de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, je crois qu'il est absolument nécessaire de faire appel à des infirmières cliniciennes dans les services psychiatriques. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mr. Allen: I agree with you. I think there is tremendous potential for the role of a psychiatric nursing practitioner at a community level, especially in rural and remote areas. Unfortunately, at this time there are no programs in place for that function.

There is, though, an evolving role of registered nurse practitioners in the medical area, and some aspect of that is related to mental health.

Our members have chosen the field of mental health because they love working in that area even though it can be a difficult, challenging and demanding area to work in. There is a stigma attached to not only the whole area of mental illness but to our profession, which makes us tend to be an invisible profession.

In Saskatchewan, there is a second degree program where people who have degrees in various areas are able to obtain a nursing degree within a two-year period of time, so that they would have two degrees. We would certainly like to see them specializing in the area of mental health as there is a huge, untapped resource out there.

The Deputy Chairman: Also, in Manitoba they have a two-year program for nurses that could be capitalized upon for registered psychiatric nurses.

I will come back again to the communities. In the large metropolitan areas such as Toronto, people are saying that they want a community they can identify with and that they know how to access. It would help them work their way through the system. They do not want to go to the emergency room of the Toronto Hospital, or wherever.

When we talk about community services we frequently think only of rural services when, in fact, they are needed most in the big metropolitan areas. I hope you agree with that.

Mr. Allen: I do.

Senator Callbeck: Thank you for your presentation. You say that educational programs should be in place across the country to prepare adequate numbers of mental health professionals that are regulated and licensed to practice in Canada.

What would you say is the federal government's role in bringing that about?

Mr. Allen: The federal government's role primarily is to establish a plan or model for Canada dealing with mental health. I am not an expert on federal-provincial jurisdictions and rules and areas of responsibility. I know that in relation to First Nations people there is a tremendous gap in the way services are divided. There is an absence of access to services because of the jurisdictional issues as to whether it is a federal or provincial

M. Allen : Je suis d'accord avec vous. Je crois que les infirmières psychiatriques pourraient jouer un rôle très important au niveau communautaire, surtout dans les régions rurales et éloignées. Malheureusement, pour l'instant, il n'existe aucun programme en ce sens.

Cependant, le rôle des infirmières autorisées évolue dans le domaine médical et certains aspects se rattachent à la santé mentale.

Nos membres ont choisi le domaine de la santé mentale parce qu'ils aiment travailler dans ce domaine même si ce travail peut être difficile, éprouvant et exigeant. Il existe des préjugés à l'égard non seulement du domaine de la santé mentale mais de notre profession, ce qui a tendance à faire de nous une profession invisible.

En Saskatchewan, il existe un programme permettant l'obtention d'un deuxième diplôme, c'est-à-dire que les personnes titulaires de diplômes dans divers domaines peuvent obtenir un diplôme en sciences infirmières en deux ans, de sorte qu'elles ont deux diplômes. Nous aimerions bien sûr qu'elles se spécialisent dans le domaine de la santé mentale puisqu'il y a d'énormes besoins à combler à cet égard.

Le vice-président : Il existe aussi au Manitoba un programme de deux ans pour les infirmières dont pourraient se prévaloir les infirmières psychiatriques autorisées.

Je reviendrai aux collectivités. Dans de grands centres métropolitains comme Toronto, les gens disent qu'ils veulent une collectivité à laquelle ils peuvent s'identifier et des services facilement accessibles. Cela leur permettrait de se familiariser avec le système. Ils ne veulent pas être obligés d'aller à l'urgence de l'hôpital de Toronto par exemple.

Lorsque nous parlons de services communautaires, nous songeons fréquemment uniquement aux services en région rurale alors qu'en fait ils sont nécessaires surtout dans les grands centres métropolitains. J'espère que vous êtes d'accord avec cela.

M. Allen : Oui.

Le sénateur Callbeck : Je vous remercie de votre présentation. Vous dites qu'il faudrait établir des programmes de formation partout au pays pour préparer un nombre suffisant de professionnels en santé mentale qui sont réglementés et autorisés à exercer au Canada.

À votre avis, quel devrait être le rôle du gouvernement fédéral à cet égard?

M. Allen : Le rôle du gouvernement fédéral consiste principalement à établir un plan ou un modèle pour le Canada en matière de santé mentale. Je ne suis pas un spécialiste des sphères de compétences fédérales-provinciales et des sphères de responsabilité. Je sais qu'en ce qui concerne les Premières nations, il existe d'énormes lacunes dans la façon dont les services sont répartis. L'accès aux services est inexistant en raison des

government responsibility. I think the federal government could take more of a leadership role in that area.

Senator Callbeck: You have mentioned historical barriers and boundaries that have in the past impeded operational and system integration between mental health and addictions services, and that these need to be dissolved to create seamless and meaningful services. Could you expand on that?

Mr. Allen: Perhaps I could give you a real life example. Once or twice a year, we hold a psychiatric clinical conference in Saskatchewan for our nursing colleagues. I heard one of the professors in psychiatry describing how he is still being referred to as a “shrink” by his medical colleagues.

There are barriers, boundaries, limitations, professional turf protection, and those sorts of things that are very real and very difficult to overcome. That is part of what is being referred to.

Other boundaries are boundaries that we have traditionally established and said that is medical, that is not my jurisdiction when, in fact, all these areas are interrelated. There needs to be more interdisciplinary education. There is tremendous potential to have health care professionals see themselves as part of a team as opposed to individual, standalone practitioners. Whether you are an optometrist dealing with someone's eyes or a dentist, you are dealing with the whole person as far as their medical and mental issues go.

Senator Callbeck: Where in Canada are there courses available for registered psychiatric nurses?

Mr. Allen: At present in Western Canada there is a Bachelor of Science in Psychiatric Nursing program in Manitoba. British Columbia has received approval for a Bachelor of Health Science in Psychiatric Nursing at Douglas College, and Kwantlen University College is also in the process of establishing a degree program.

Saskatchewan was the first province to have legislation established in 1948, and since that time we have been educating registered psychiatric nurses. We are presently negotiating with the nursing education program in Saskatchewan for additional mental health competencies within the program.

The Deputy Chairman: We will now move on to the Farm Stress Line Advisory Group.

Ms. Lil Sabiston, Chair, Farm Stress Line Advisory Group: Good afternoon, everyone. I am from Kelliher, Saskatchewan, a small town about 200 miles from here. I was not able to work in the field due to heavy precipitation this morning, so it is my pleasure to be here.

problèmes qui se posent pour ce qui est de déterminer s'ils relèvent de la compétence du gouvernement fédéral ou du gouvernement provincial. Je crois que le gouvernement fédéral pourrait assumer davantage un rôle de leadership à cet égard.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé des obstacles historiques qui, par le passé, ont entravé l'intégration opérationnelle et l'intégration du système de santé mentale et des services de traitement des dépendances, et affirmé qu'il faut éliminer ces obstacles pour créer des services homogènes et efficaces. Pourriez-vous nous donner plus de précisions à ce sujet?

M. Allen : Je pourrais peut-être vous donner un exemple concret. Une ou deux fois par année, nous tenons une conférence en psychiatrie clinique en Saskatchewan pour nos collègues en sciences infirmières. J'ai entendu l'un des professeurs de psychiatrie dire que ses collègues médecins continuaient de parler de lui comme du « psy ».

Les obstacles, les limites, la défense du territoire professionnel, entre autres, sont des aspects très réels et très difficiles à surmonter. C'est en partie ce dont il s'agit.

D'autres obstacles sont des obstacles que nous avons établis traditionnellement en disant que cela relève du domaine médical, que ce n'est pas de ma compétence lorsqu'en fait tous ces domaines sont liés entre eux. Il faut assurer une formation qui soit davantage interdisciplinaire. Si les professionnels de la santé se considèrent comme membres d'une équipe plutôt que comme des professionnels individuels et indépendants, cela offre d'énormes possibilités. Que vous soyez un optométriste qui s'occupe des yeux de quelqu'un ou que vous soyez un dentiste, vous vous occupez de la personne tout entière en ce qui concerne ses problèmes médicaux et mentaux.

Le sénateur Callbeck : Où au Canada les cours dont vous parlez sont-ils offerts aux infirmières psychiatriques autorisées?

M. Allen : À l'heure actuelle, il existe un baccalauréat en sciences infirmières psychiatriques au Manitoba. La Colombie-Britannique a reçu l'approbation de son baccalauréat en sciences de la santé pour ce qui est des soins infirmiers psychiatriques à Douglas College, et Kwantlen University College est en train aussi d'établir un programme qui prépare au diplôme.

La Saskatchewan a été la première province à adopter une loi en ce sens en 1948, et depuis ce temps nous avons formé des infirmières autorisées en soins psychiatriques. Nous sommes en train de négocier avec le programme de formation en sciences infirmières en Saskatchewan afin d'ajouter des compétences en santé mentale au programme.

Le vice-président : Nous allons maintenant passer au Farm Stress Line Advisory Group.

Mme Lil Sabiston, présidente, Farm Stress Line Advisory Group : Bonjour à tous. Je viens de Kelliher en Saskatchewan, une petite ville située à environ 200 milles d'ici. Je n'ai pas pu travailler dans les champs ce matin à cause des fortes pluies. Je suis donc heureuse d'être ici.

I am a farm woman, first and foremost. I sit as chair of the Alcohol and Drug Advisory Council to the Minister of Health of Saskatchewan. I am also a board member of the Mental Health Advisory Council. Today I am here as chairperson of the Saskatchewan Farm Stress Line Advisory Group and I am happy to make this presentation on their behalf. Our presentation is entitled, "From Our Experience."

First, we express our thanks to the Senate committee for the opportunity to present our perspective here today. This submission is not intended to address all the issues raised in the committee's Report 3, *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada*. Rather, it is our intention, in keeping with the title of this paper, to address issues that fall within our experience.

As such, I will begin by introducing the Farm Stress Line Advisory Group, following by a description of the operations and work of the Farm Stress Unit. I will then proceed to reflect on the cultural context of service provision to agricultural producers and rural communities in general.

It is who we are and who our clients are that we feel deserves the attention of the standing senate committee.

The group is currently comprised of 11 organizational representatives who have demonstrated an interest in the human dimensions of agriculture. Its members represent a wide range of organizations, including the Prairie Women's Health Centre of Excellence, Farmers With Disabilities, Saskatchewan Alliance for Agricultural Health and Safety, Saskatchewan Association of Rural Municipalities, Saskatchewan Society for the Prevention of Cruelty to Animals and Agricultural Producers Association of Saskatchewan, to name a few.

We provide consultative support on the direction and plans for the telephone line and in promoting the service; our time is volunteered.

The Farm Stress Line began operations in February of 1992 and has been taking an average of 1,000 calls per year from producers. Calls are wide-ranging and reflect the pressures farm families are under, which contribute to high levels of stress and are exhibited in their mental and physical health.

The service is a program within Saskatchewan Agriculture and Food. It is the only farm stress line service that is a line item in a provincial government's department of agriculture budget.

The mission is to provide confidential peer telephone counselling, support, information and referral services that respond to the needs of rural families. Counsellors at the time of recruitment are farmers whose experience is supplemented by an extensive training program.

The consequences of the pressure created by farm debt issues are often the subject of the calls received by the farm stress line.

Je suis agricultrice d'abord et avant tout. Je siège à titre de présidente du Conseil consultatif de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie auprès du ministre de la Santé de la Saskatchewan. Je fais également partie du Conseil consultatif de la santé mentale. Aujourd'hui je suis ici à titre de présidente du Saskatchewan Farm Stress Line Advisory Group et je suis heureuse de faire cette présentation au nom de ce groupe. Notre présentation s'intitule, « From Our Experience » (D'après notre expérience).

Tout d'abord, nous tenons à remercier le comité sénatorial de la possibilité qu'il nous offre de présenter notre point de vue ici aujourd'hui. Cette présentation ne vise pas à donner suite à toutes les questions soulevées dans le troisième rapport du comité intitulé *Santé mentale, maladie malade et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*. Nous avons plutôt l'intention, conformément au titre de cette présentation, d'aborder des questions qui cadrent avec notre expérience.

Je commencerai par vous présenter le Farm Stress Line Advisory Group, après quoi je vous décrirai les activités et le travail du Farm Stress Unit. J'aborderai ensuite le contexte culturel de la prestation des services aux producteurs agricoles et aux collectivités rurales en général.

Nous considérons qu'il faut attirer l'attention du Comité sénatorial permanent sur notre groupe et sur nos clients.

À l'heure actuelle, le groupe se compose de 11 représentants d'organisations qui s'intéressent aux dimensions humaines de l'agriculture. Ces membres représentent une vaste gamme d'organisations, y compris le Prairie Women's Health Centre of Excellence, Farmers With Disabilities, Saskatchewan Alliance for Agricultural Health and Safety, Saskatchewan Association of Rural Municipalities, Saskatchewan Society for the Prevention of Cruelty to Animals and Agricultural Producers Association of Saskatchewan, pour n'en nommer que quelques-unes.

Nous assurons un soutien consultatif sur l'orientation et les plans de la ligne téléphonique et dans la promotion du service; nous travaillons à titre bénévole.

Le Farm Stress Line a commencé ses activités en février 1992 et reçoit en moyenne 1 000 appels par année provenant de producteurs. Les motifs des appels varient beaucoup et traduisent les pressions auxquelles font face les familles d'agriculteurs, pressions qui provoquent beaucoup de stress et qui se manifestent dans leur santé mentale et physique.

Le service est un programme qui relève de Saskatchewan Agriculture and Food. C'est le seul service d'écoute téléphonique d'aide aux agriculteurs qui fait partie des postes budgétaires du budget du ministère provincial de l'Agriculture.

La mission de ce service est d'offrir des services confidentiels par téléphone aux pairs en matière de counselling, de soutien, d'information et d'aiguillage pour répondre aux besoins des familles rurales. Les conseillers au moment du recrutement sont des agriculteurs dont l'expérience est complétée par un programme de formation poussée.

Les conséquences des pressions créées par des problèmes d'endettement agricole sont souvent l'objet des appels que reçoit la ligne d'écoute téléphonique d'aide aux agriculteurs.

Our recommendations follow.

There may be merit in recommending a change to the method of remuneration, providing funds to the client as long as it does not promote a change to our present publicly financed system.

To provide culturally appropriate services to farmers, ranchers and their families, service providers must have a sensitivity and respect for their culture, and hire staff that have an intuitive understanding of rural life.

There is a need for system coordination. We believe that a sorting out of the roles of various mental health and addictions service providers may be worthwhile. It would require full respect of the non-governmental service providers. Additionally, there is a need to core-fund the volunteer sector.

There are barriers to accessing mental health and addictions services. To overcome the barriers we must define and profile service delivery in ways acceptable to the farming and rural sector. This defining and profiling would require considerable promotion and public education.

Agencies must be willing to respond to the needs of children and adolescents within the given agency's mandate. We are aware that school counsellors in rural Saskatchewan are faced with the challenges of rural life in an agricultural climate that has not been positive for many years.

We are willing to assist First Nations people when invited. We believe that the leadership must remain with the Aboriginal community.

We support the notion of health care service providers specializing in the care of seniors. In the farming sector, retirement begins with the sometimes traumatic decision to leave farming. There are business issues such as leasing out the farm, and the concerns of a vulnerable elderly person, perhaps uncertain about the details of the rental agreement. Such service providers ought to understand this reality in dealing with farm people.

There would be limited benefit to farm families from recommendations regarding workers' compensation and federal income security programs, as on the farm they are self-employed and in off-farm work may have limited income and benefits.

Combating stigma requires shaping delivery in a form that is compatible with the perspective of the community. The delivery agency may have to be non-traditional to make it work.

Voici nos recommandations.

Il y aurait peut-être lieu de recommander de modifier le mode de rémunération, de fournir des fonds au client tant que cela n'entraîne pas de changement à notre système actuel financé par l'État.

Pour assurer des services adaptés aux réalités culturelles des agriculteurs, des exploitants de ranchs et de leur famille, les fournisseurs de services doivent être sensibles à leur réalité culturelle et la respecter, et engager du personnel qui comprend intuitivement la vie rurale.

Il est nécessaire d'assurer la coordination du système. Nous considérons qu'il vaudrait la peine de définir clairement les rôles des divers fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Il faudrait par conséquent que l'on respecte pleinement les fournisseurs de services non gouvernementaux. De plus, il faut assurer le financement de base du secteur bénévole.

Il existe des obstacles à l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Pour surmonter les obstacles, nous devons définir et décrire la prestation de services d'une manière acceptable au secteur agricole et rural. Cette définition et cette description devraient faire l'objet d'une promotion et d'une sensibilisation importantes.

Les organismes doivent être prêts à répondre aux besoins des enfants et des adolescents dans le cadre du mandat de chaque agence donnée. Nous sommes conscients du fait que les conseillers scolaires des régions rurales de la Saskatchewan font face aux difficultés de la vie rurale dans un climat agricole qui n'est pas positif depuis de nombreuses années.

Nous sommes prêts à aider les Premières nations si elles nous invitent. Nous considérons que le leadership doit demeurer au sein des collectivités autochtones.

Nous appuyons la notion de fournisseurs de soins de santé, spécialisés dans les soins aux aînés. Dans le secteur agricole, la retraite commence par la décision parfois traumatisante de quitter la vie agricole. Les agriculteurs peuvent être appelés à louer leur exploitation agricole, et cela peut susciter des préoccupations chez une personne âgée vulnérable qui n'est peut-être pas certaine des détails du contrat de location. Les fournisseurs de tels services devraient comprendre cette réalité lorsqu'ils traitent avec des agriculteurs.

Des recommandations concernant l'indemnisation des travailleurs et des programmes fédéraux de sécurité du revenu présenteraient des avantages restreints aux familles agricoles puisque ces familles travaillent à leur compte et en ce qui concerne les travaux non reliés à l'exploitation agricole, leur revenu et leurs avantages peuvent être limités.

Pour combattre la stigmatisation, il faut adapter la prestation des services en fonction de la perspective de la collectivité. Pour que le service soit efficace, l'organisme de prestation des services devrait peut-être adopter une orientation non traditionnelle.

Additionally, success requires considerable commitment of public education and profiling. A high profile does not necessarily translate into an increased volume of clients.

The Saskatchewan Farm Stress Line Advisory Group urges the Senate committee to consult with the Calgary-based Centre for Suicide Prevention, as the centre is the leader in that area.

The farm stress line would be supportive of the New Zealand model of mental health support workers if they have an understanding of rural life, and the service delivery agency was compatible with rural people.

The advisory group supports the funding of a national information database of research and technology but there must also be an adequate level of funding for community-based organizations who presently suffer from a failure of government to provide core funding.

The Saskatchewan Farm Stress Line Advisory Group is well aware of the impact that a shortage of funds has on the lives of people in rural communities, which are becoming remote communities. The federal government should have a role in alleviating this.

For your information, Saskatchewan holds over 40 per cent of the agricultural arable land in Canada. Saskatchewan also has the second-largest beef cow herd in Canada. Agriculture is a major economic driver in this province. The mental health of farm people is paramount as it affects the long-term viability of the agricultural sector, farmers' families and their livelihood.

I would also like to read a report that was shared with us by the Farm Line in Ontario.

The Farm Line is the first source of information, support and referral for farm families experiencing symptoms associated with stress.

Farm families are referred to appropriate professional and public services available in Ontario when information and support are deemed insufficient to meet the emotional and psychological needs of farm family members.

By providing a point to access support by means of the phone helpline and informational resources, as well as the resource both directly on line and by means of the phone helpline, farm families can more efficiently find the support services and professional assistance they need to manage their situations. As such, the Farm Line can be viewed as an intake and referral service for Ontario farm and rural populations in relation to interpersonal, psychological and financial subject matters.

De plus, pour réussir, il faut un engagement important afin de sensibiliser le public et faire connaître les services. Le fait qu'un service soit bien connu ne se traduit pas forcément par une augmentation du nombre de clients.

Le Saskatchewan Farm Stress Line Advisory Group encourage le comité sénatorial à consulter le centre de Calgary pour la prévention du suicide, puisque le centre est le chef de file dans ce domaine.

La ligne d'écoute téléphonique d'aide aux agriculteurs appuierait le modèle néo-zélandais de travailleurs de soutien pour la santé mentale s'ils comprennent les réalités de la vie rurale et si l'organisme chargé de fournir les services est compatible avec les personnes qui vivent en milieu rural.

Le groupe consultatif appui le financement d'une base de données nationale de recherche et de technologie. Il faut toutefois prévoir également un financement suffisant pour les organisations communautaires qui à l'heure actuelle ne reçoivent pas un financement de base de la part du gouvernement.

Le Saskatchewan Farm Stress Line Advisory Group est tout à fait conscient des conséquences d'une insuffisance de fonds pour les personnes qui vivent en milieu rural, et qui sont en train de devenir des collectivités éloignées. Le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle pour ce qui est d'en atténuer les conséquences.

À titre d'information, la Saskatchewan détient plus de 40 p. 100 des terres arables au Canada. La Saskatchewan possède également le deuxième troupeau en importance de vaches d'élevage de boucherie au Canada. L'agriculture est un important moteur économique dans cette province. La santé mentale des agriculteurs est d'une importance primordiale puisqu'elle influe sur la viabilité à long terme du secteur agricole, sur les familles d'agriculteurs et sur leur gagne-pain.

J'aimerais également vous lire un rapport que nous a communiqué le Service d'assistance téléphonique de l'Ontario.

Le service d'assistance téléphonique est la première source d'information, de soutien et d'aiguillage pour les familles d'agriculteurs qui connaissent des symptômes liés au stress.

Les familles d'agriculteurs sont aiguillées vers les services professionnels et publics appropriés et disponibles en Ontario lorsque l'information et le soutien sont considérés insuffisants pour répondre aux besoins émotionnels et psychologique des membres des familles d'agriculteurs.

Ce service offre aux familles d'agriculteurs un moyen d'obtenir du soutien grâce au service d'assistance téléphonique et à des ressources documentaires, ainsi qu'aux ressources offertes en direct et au moyen du service d'assistance téléphonique. Cela permet aux familles d'agriculteurs de trouver plus efficacement les services de soutien et l'aide professionnelle dont elles ont besoin pour gérer leur situation. Le service d'assistance téléphonique peut donc être considéré comme un service d'accueil et d'aiguillage pour les populations agricoles et rurales de l'Ontario en ce qui concerne les questions interpersonnelles, psychologiques et financières.

I think this would apply to most stress lines across Canada.

The Deputy Chairman: Thank you very much indeed, Ms. Sabiston.

Mr. Imhoff, would you like to supplement the presentation?

Mr. Ken Imhoff, Manager, Farm Stress Line Advisory Group: Not at all. If there are questions that I can assist Lil with then I will do so.

The Deputy Chairman: We heard from Manitoba yesterday and I was impressed. I think it is a truly wonderful initiative. I am not clear how well organized Ontario and Alberta are; can you tell me that?

Ms. Sabiston: I am somewhat familiar, although I think Ken can probably answer that better than I can.

Mr. Imhoff: Most farm stress lines are actually modelled on the Saskatchewan one, with the exception of Nova Scotia. This is mainly because the Saskatchewan line was the first one.

Ontario is a not-for-profit organization and struggles daily to keep the phone lines open.

There is a tendency on the part of people who are involved in granting funds, whether public or private, to lean towards what is familiar to them. Farm stress line systems are an unfamiliar area, which makes it difficult to convince them that there is a legitimacy around funding those agencies. That is why you will see allusions in the thicker part of the document to the need to take a hard look at core funding of not-for-profit organizations. I suspect there would be more initiatives for direct farm stress lines and people connected with the culture if there was some understanding that the drop away of core funding of agencies has been disastrous for many not-for-profit organizations.

Alberta does not have a farm stress line. It has a toll-free mental health line, which I suspect receives a range of calls from farmers as well.

The stigma mentioned by our colleague, Mr. Allen, makes it particularly difficult in a farmer and rancher community. These people do not see themselves within a mental health context even though they may be suffering from related difficulties and challenges.

Je pense que cela vaut pour la plupart des lignes d'assistance téléphonique au Canada.

Le vice-président : Merci beaucoup, madame Sabiston.

Monsieur Imhoff, auriez-vous quelque chose à ajouter à la présentation?

M. Ken Imhoff, gérant, Farm Stress Line Advisory Group : Pas du tout. S'il y a des questions auxquelles je peux répondre pour aider Lil, alors je le ferai.

Le vice-président : Nous avons entendu le témoignage du Manitoba hier qui m'a impressionné. Je pense qu'il s'agit d'une initiative vraiment remarquable. Je ne sais pas dans quelle mesure l'Ontario et l'Alberta sont bien organisées, pouvez-vous me renseigner à ce sujet?

Mme Sabiston : Je suis plus ou moins au courant, mais je crois que Ken sera probablement mieux en mesure que moi de répondre à cette question.

M. Ken Imhoff : La plupart des services d'assistance téléphonique à l'intention des agriculteurs sont calqués sur le service offert en Saskatchewan, à l'exception de la Nouvelle-Écosse. C'est principalement parce que le service d'assistance téléphonique de la Saskatchewan a été le premier à être mis sur pied.

En Ontario, il s'agit d'une organisation à but non lucratif qui doit se battre chaque jour pour garder les lignes téléphoniques ouvertes.

Ceux qui s'occupent de l'octroi de fonds, qu'ils soient privés ou publics, préfèrent rester en terrain connu. Comme les services d'assistance téléphonique sont un domaine qu'ils connaissent peu, il est difficile de les convaincre que le financement de ce type d'organismes est justifié. C'est la raison pour laquelle vous constaterez des allusions dans la partie plus volumineuse du document à la nécessité d'examiner sérieusement le financement de base des organisations à but non lucratif. Je soupçonne qu'il y aurait plus d'initiatives à l'intention des lignes directes d'assistance téléphonique à l'intention des agriculteurs et des personnes qui s'intéressent à ce milieu, si l'on comprenait les conséquences désastreuses pour un grand nombre d'organisations à but non lucratif de la diminution du financement de base des organismes.

L'Alberta n'a pas de service d'assistance téléphonique à l'intention des agriculteurs. Elle a un service gratuit d'assistance téléphonique en matière de santé mentale, et je soupçonne que ce service reçoit aussi un certain nombre d'appels provenant d'agriculteurs.

La stigmatisation mentionnée par notre collègue, M. Allen, rend la situation particulièrement difficile dans le milieu des agriculteurs et des exploitants de ranch. Ces personnes ne considèrent pas qu'elles ont un problème de santé mentale même si elles peuvent éprouver des difficultés et des problèmes qui s'y apparentent.

The Deputy Chairman: Yesterday, in Manitoba it was pointed out that in the rural communities where people are close to each other and know each other well, they are uncomfortable being identified with a provincial counselling service. They prefer the label of a farm stress line, which to them does not carry the same stigma.

As programs evolve, and telephone counselling lines and stress lines become more and more prolific, I suspect that arguments will be raised that they should be integrated into other programs. I think you will need to have your arguments ready to counter that suggestion.

Ms. Sabiston: The farm stress line is readily available to people when they need to speak to someone and cannot wait for six to eight weeks. Sometimes these problems pop up and the farm stress line here in Saskatchewan gives easy access to people that are our peers. They know what we are talking about when we talk about the high price of fertilizer or the high price of fuel because they have lived it. As a farm person you feel the unity with that person you are talking to, and often that is what is required.

The Deputy Chairman: In Manitoba, the farm stress line I believe operates from 8 a.m. to 8 p.m., it is not a 24/7 service. Is your service 24/7?

Mr. Imhoff: We run from 8 a.m. to 9 p.m., Monday through Saturday and, with the exception of Christmas and New Year's, all statutory holidays. Probably 24 hours would be better. However, I am not certain the funding would be sufficient for that. It is difficult to design a system that is financially efficient and at the same time meets the needs of the people.

We do not get a lot of evening calls; first thing in the morning is when we receive our highest level of calls. Calls tend to be seasonal but not as one would expect, at seeding time and harvest time; it is prior to seeding and after harvest. That is when the financial issues surface. People are looking for operating money in the spring and paying bills in the fall.

The Deputy Chairman: Are you aware of anybody running into difficulty because they could not get access on Sunday?

Mr. Imhoff: We had a few calls of that nature at the beginning. We have continued to test that by using message manager systems, and we have found there is rarely a call later in the evening. At the advisory group's annual planning meeting, every couple of years we discuss with our advisory group whether it would make sense to expand the hours, and what the implications would be. The advice so far is that it seems to work with our current operating hours.

Le vice-président : Hier, au Manitoba, on nous a indiqué que dans les régions rurales où les gens sont proches et se connaissent bien, ils sont mal à l'aise à l'idée que l'on sache qu'ils ont fait appel à un service provincial de counselling. Ils préfèrent faire appel à un service d'assistance téléphonique à l'intention des agriculteurs, lequel à leurs yeux ne suscite pas le même type de préjugés.

Au fur et à mesure que les programmes évoluent et que les services de conseil et d'assistance téléphonique deviennent de plus en plus nombreux, je soupçonne que l'on fera valoir qu'il y aurait lieu de les intégrer à d'autres programmes. Je crois que vous devrez préparer votre riposte à cette proposition.

Mme Sabiston : Le service d'assistance téléphonique à l'intention des agriculteurs est facilement accessible à ceux qui ont besoin de parler à quelqu'un et qui ne peuvent pas attendre six à huit semaines. Parfois des problèmes surgissent et le service d'assistance téléphonique ici en Saskatchewan offre facilement accès à des personnes qui sont nos pairs. Elles savent ce dont nous parlons lorsque nous parlons du prix élevé de l'engrais ou du prix élevé du carburant parce qu'elles ont vécu cette situation. En tant qu'agriculteurs, elles se sentent en harmonie avec la personne à qui elles parlent, et souvent c'est ce dont elles ont besoin.

Le vice-président : Au Manitoba, le service d'assistance téléphonique à l'intention des agriculteurs fonctionne de 8 heures à 20 heures. Il ne s'agit pas d'un service offert 24 heures par jour sept jours par semaine. Votre service est-il offert 24 heures par jour sept jours par semaine?

M. Imhoff : Notre service est offert de 8 heures à 21 heures, du lundi au samedi, à l'exception de Noël et du Nouvel An, tous les congés fériés. Il serait sans doute préférable d'assurer ce service 24 heures par jour. Toutefois je ne crois pas que le financement serait suffisant pour nous permettre de le faire. Il est difficile de concevoir un système qui est efficace sur le plan financier et qui répond en même temps aux besoins des gens.

Nous ne recevons pas beaucoup d'appels en soirée; c'est surtout très tôt le matin que nous recevons le plus grand nombre d'appels. Les appels ont tendance à être saisonniers, mais pas comme on s'y attendrait au moment des semis et de la récolte, mais avant les semis et après la récolte. C'est à ces moments-là que les problèmes financiers surgissent. Les agriculteurs ont besoin de fonds de fonctionnement au printemps et doivent payer leurs factures à l'automne.

Le vice-président : Savez-vous si quelqu'un a éprouvé des difficultés parce qu'il n'avait pas accès à votre service le dimanche?

M. Imhoff : Nous avons eu quelques appels de ce genre au début. Nous avons continué à faire des vérifications en utilisant le système de gestion des messages, et nous avons constaté que les appels plus tard en soirée sont rares. À l'occasion de la réunion de planification annuelle du groupe consultatif, tous les deux ans nous discutons avec notre groupe consultatif de l'opportunité de prolonger les heures de service et des incidences d'une telle mesure. Jusqu'à présent, on considère que l'horaire actuel semble fonctionner.

The Deputy Chairman: Do you have an answering service with a message saying, "We are sorry we are not available right now; we will call you back in the morning"?

Mr. Imhoff: We use a message manager system. There are issues around confidentiality, and farm people do not like answering services. People tend to be surprised that they get straight to us. As manager of the unit, I do not have an answering service for that reason. They are busy people who are not impressed with getting answering services — especially if it is in two languages.

It is very direct; we are either there or not. Even our call queues are set at zero because people will not wait in a queue. That is the nature of the people we deal with.

Senator Callbeck: I am impressed with what I have heard about the farm stress line. I am from Prince Edward Island where agriculture is the main industry. I understand the importance and why it is absolutely necessary.

You take an average of 1,000 calls per year, are many of them repeat calls from the same persons?

Mr. Imhoff: Our emphasis is on short-term peer counselling. I estimate that about 20 per cent are repeat calls. I could probably count on one hand our repeat callers. Our goal is to deal with the short-term issues and refer them to the services that we encourage them to use when they are ready.

Senator Callbeck: In other words, if they call because they need information about selling their farm, would you refer them to somebody?

Mr. Imhoff: I do not think we have ever had a call from someone who was planning to sell their farm.

Senator Callbeck: I am amazed that you have not, given the state of agriculture.

Mr. Imhoff: Depending upon the year, around 30 per cent of calls are from people who are in financial difficulties or insolvent. They may call and ask what they can do; the banker is knocking on their door and their power is being cut off, et cetera. They want to know how to deal with these complex situations. Our staff are familiar with the Farm Debt Review Act. The legislation in Saskatchewan is somewhat more complicated because we have not only the federal Farm Debt Review Act, we also have the Saskatchewan Farm Security Act, which is provincial.

We do not have an opportunity to look at their books nor do we wish to. We help them sort out their goals and what they need to do accomplish them, and to identify for them what their

Le vice-président : Avez-vous un service de réponse téléphonique ayant comme message « Nous sommes désolés de ne pouvoir prendre votre appel maintenant; nous vous rappellerons en matinée? »

M. Imhoff : Nous utilisons un système de gestion des messages. Il y a des problèmes de confidentialité et les agriculteurs n'aiment pas les services de réponse téléphonique. Les gens ont tendance à être étonnés lorsqu'ils tombent directement sur nous. En tant que gestionnaire du service, je n'ai pas de service de réponse téléphonique pour cette raison. Ce sont des gens occupés qui ne sont pas impressionnés lorsqu'ils tombent sur un service de réponse téléphonique — surtout s'il est dans les deux langues.

C'est très simple; nous sommes là ou ne sommes pas là. Même notre système de mise en file d'attente des appels est réglé à zéro parce que les gens ne veulent pas être mis en attente. C'est la nature des gens avec qui nous traitons.

Le sénateur Callbeck : J'ai été impressionnée par ce qu'on a dit à propos de la ligne d'aide téléphonique pour les agriculteurs. Je suis de l'Île-du-Prince-Édouard où l'agriculture est la principale industrie. J'en comprends l'importance, et je vois pourquoi c'est absolument nécessaire.

Vous recevez en moyenne 1 000 appels par année, est-ce que ce sont souvent les mêmes personnes qui appellent?

M. Imhoff : Nous encourageons le counselling d'entraide à court terme. J'estime qu'environ 20 p. 100 des appels proviennent des mêmes personnes. Je pourrais probablement compter sur les doigts d'une seule main ceux qui rappellent. Notre but est de maîtriser les problèmes à court terme et de diriger les gens vers les services, et nous les encourageons à y avoir recours lorsqu'ils sont prêts.

Le sénateur Callbeck : Autrement dit, s'ils téléphonent parce qu'ils ont besoin d'information pour vendre leur ferme, vous les dirigez vers quelqu'un?

M. Imhoff : Je ne crois pas que nous ayons reçu d'appels de personnes qui comptaient vendre leur ferme.

Le sénateur Callbeck : Cela me surprend beaucoup étant donné l'état de l'agriculture.

M. Imhoff : Selon les années, environ 30 p. 100 des appels proviennent de gens qui connaissent des difficultés financières ou qui sont insolvables. Ils appellent et demandent ce qu'ils peuvent faire; le banquier frappe à leur porte, on leur a coupé l'électricité, et cetera. Ils veulent savoir comment se sortir de ces situations complexes. Notre personnel connaît bien la Loi sur l'endettement agricole. La loi de la Saskatchewan est quelque peu plus compliquée parce que nous avons non seulement la Loi fédérale sur l'endettement agricole, nous avons aussi la Saskatchewan Farm Security Act, qui est provinciale.

Il ne nous est pas loisible d'examiner leur comptabilité, et nous ne voulons pas le faire non plus. Nous les aidons à définir leurs buts et les mesures qu'ils doivent prendre pour les atteindre, et

resources are. This could mean referring them to the farm debt review people, the farm security people or others.

It is usually people who are facing a situation that is out of their control, and they need to regain some control of their lives. We look at things they can control, things they cannot control, what resources they have, and coach them from there. There are always linkages between farm debt and personal issues that affect family relations such as suicide and depression.

Senator Callbeck: I am surprised you would not have more repeat calls from people who have asked for help, you have referred them and then they come back because they did not receive the assistance they needed.

Mr. Imhoff: Occasionally, we get a call from somebody who says they tried what we suggested but it did not work, so what next. Our numbers are not high; 1,000 calls a year. That is because we have been steadfast in our goal to focus on the short term, and put people in contact with the resources on the ground.

We often find the self-help groups and not-for-profit organizations are most helpful because of the stigma that is, unfortunately, associated with mental health services. They may be effective but it is difficult to get people there.

Senator Callbeck: Do you have any information as to whether people actually access the self-help groups that you refer them to?

Mr. Imhoff: Farm people simply do not like follow-up. We are a confidential peer-counselling service; we do not have call display and do not know who we are talking to. Anonymity is important to our callers. On occasion, we have checked on some callers that we were concerned about; the impression we got was that they did not like us calling them even when we had received permission from them to follow up. Evaluation is practically impossible for us due to the confidentiality that is important to farm people.

Senator Callbeck: Obviously, it must be working though, or they would be continuing to call you back.

Ms. Sabiston: Often, we learn things by word of mouth. I have referred people to the farm stress line, since I am not a psychiatric nurse or anything like that, but I realized that help was needed so I gave them the number. I have later been thanked by those people and advised that it was very helpful. Those are the kinds of comments that we hear and that make us believe this service is really helpful.

Senator Callbeck: I notice it is a line in the provincial budget. How much do you receive?

nous les aidons à identifier les ressources qui s'offrent à eux, ce qui peut signifier qu'on les dirige vers les responsables de l'endettement agricole, les responsables de la sécurité du revenu agricole ou d'autres.

Il s'agit habituellement de gens qui se trouvent dans une situation qui leur échappe, et il leur faut reprendre le contrôle de leur vie. Nous identifions les choses qu'ils peuvent contrôler, celles qu'ils ne peuvent pas contrôler, les ressources qu'ils ont, et nous les aidons à partir de là. Il y a toujours des liens entre l'endettement agricole et les problèmes personnels qui pèsent sur les relations familiales, par exemple, le suicide et la dépression.

Le sénateur Callbeck : Je suis surprise de vous entendre dire que vous n'avez pas plus de nouveaux appels des gens qui ont recours à vous, que vous avez dirigés vers d'autres services et qui vous reviennent parce qu'ils n'ont pas obtenu l'aide dont ils avaient besoin.

M. Imhoff : Il arrive que nous recevions un appel de quelqu'un qui dit qu'il a essayé de faire ce que nous avons proposé mais que ça n'a pas marché. Donc que faut-il faire. Nos chiffres ne sont pas élevés; 1 000 appels par année. C'est parce que nous n'avons pas perdu de vue notre but qui consiste à aider à court terme, et à mettre les gens en contact avec les ressources sur le terrain.

Nous constatons souvent que les groupes d'entraide et les organisations à but non lucratif sont très utiles à cause de la stigmatisation qui, malheureusement, est associée aux services de santé mentale. Ils sont peut-être efficaces, mais il est difficile de diriger les gens vers ces services.

Le sénateur Callbeck : Avez-vous des informations qui vous permettent de déterminer si les gens s'adressent bel et bien aux groupes d'entraide vers lesquels vous les dirigez?

M. Imhoff : Les agriculteurs n'aiment tout simplement pas le suivi. Nous sommes un service confidentiel de counselling par les pairs; nous n'avons pas d'afficheur et nous ne savons pas à qui nous parlons. L'anonymat est important pour nos appelants. Il nous est arrivé de rappeler certaines personnes dont le comportement nous inquiétait; nous avons eu l'impression qu'ils n'aimaient pas recevoir notre appel même s'ils nous avaient donné la permission d'assurer le suivi. Il nous est pratiquement impossible de procéder à des évaluations étant donné la confidentialité qui est si importante pour les agriculteurs.

Le sénateur Callbeck : Mais de toute évidence, ça doit marcher, autrement, ils vous rappelleraient sans cesse.

Mme Sabiston : On apprend souvent des choses par le bouche à oreille. J'ai dirigé des gens vers la ligne d'aide téléphonique pour les agriculteurs, étant donné que je ne suis pas infirmière psychiatrique ou rien du genre, mais je me suis rendu compte que ces gens avaient besoin d'aide, je leur ai donc donné le numéro. J'ai été plus tard remerciée par ces personnes qui m'ont dit qu'elles avaient trouvé ce service très utile. C'est le genre de commentaires qu'on entend et qui nous permet de croire que ce service est vraiment utile.

Le sénateur Callbeck : Je remarque que c'est un poste dans le budget provincial. Combien recevez-vous?

Mr. Imhoff: A little over \$400,000.

Senator Callbeck: Are the counsellors full time?

Mr. Imhoff: They are part-time and they are paid. I always say, to the amusement of farm people, that off-farm employment is the third pillar of agriculture; this is the off-farm employment for our counsellors.

The Deputy Chairman: It is an interesting analogy because the theme that keeps coming through from witnesses is fundamentally, give us a chance to help ourselves; give us the infrastructure to get our lives back in shape and we will do the rest. It is tremendously interesting to see how anxious people are to volunteer to help each other and share their difficulties, if they are given a chance.

Mr. David Nelson, Executive Director, Canadian Mental Health Association, Saskatchewan Division: Thank you very much, I am pleased to be here today.

Our association has been in Saskatchewan for more than 50 years, and has existed nationally for more than 80 years. We have branches all over the country, including 13 branches here in Saskatchewan. In our division office, we are really trying to collect input from a wide variety of areas.

The mandate of the Canadian Mental Health Association, CMHA, is to promote the mental health of all people and to support the recovery and resilience of people with mental illness.

CMHA strongly supports increasing the role of community stakeholders in the mental illness and mental health communities in public policy development. In particular, we support the users, sometimes called consumers, of mental health services in this regard.

I will speak about some of the key issues and potential solutions as our association sees them.

Perhaps one of the most important issues that is reflective of the stigma and lack of political will to act on many studies and recommendations that have been made over the past decades in mental health, is the lack both nationally and provincially of a plan for mental health, what is sometimes called a national or provincial strategy. Such a plan would help to assess, organize, fund and evaluate both current and much needed new services in mental health.

Following are some of the key principles in the development of a strategy. First and foremost we must consider the upfront, upstream kind of resources for preventative, population and health-determinant issues to prevent the need for services downstream.

It is necessary that services include flexibility of service provision, individualization of services, individual client-centred approaches, a great deal of consumer choice between services, and

M. Imhoff : Un peu plus de 400 000 \$.

Le sénateur Callbeck : Les conseillers travaillent-ils à plein temps?

M. Imhoff : Ils sont à temps partiel et ils sont rémunérés. Je dis toujours, ce qui amuse les agriculteurs, que l'emploi hors ferme est le troisième pilier de l'agriculture. C'est l'emploi hors ferme de nos conseillers.

Le vice-président : C'est une analogie intéressante parce que ce que les témoins ne cessent de nous dire, c'est, essentiellement, donnez-nous une chance de nous aider nous-mêmes. Donnez-nous l'infrastructure qui nous permettra de refaire notre vie, et nous nous chargerons du reste. Il est extrêmement intéressant de voir à quel point les gens sont désireux de s'entraider bénévolement et de partager leurs difficultés, si on leur en donne la chance.

M. David Nelson, directeur administratif, Association canadienne pour la santé mentale, section de la Saskatchewan : Merci beaucoup, je suis heureux d'être des vôtres aujourd'hui.

Notre association est implantée en Saskatchewan depuis plus de 50 ans, et elle existe au niveau national depuis plus de 80 ans. Nous avons des succursales dans tout le pays, dont 13 ici en Saskatchewan. Notre bureau divisionnaire s'efforce de recueillir des données dans de nombreux domaines.

Le mandat de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'ACSM, consiste à promouvoir la santé mentale pour tout le monde et à aider les personnes atteintes de maladie mentale à recouvrer la santé et à devenir résilientes.

L'ACSM s'est engagée résolument à valoriser le rôle des intervenants communautaires dans l'élaboration des politiques publiques en ce qui concerne la santé mentale et le milieu soignant. En particulier, nous aidons à cet égard les usagers, qu'on appelle parfois les consommateurs, des services de santé mentale.

Je vais parler de certains problèmes fondamentaux et des solutions d'avenir que notre association entrevoit.

Le problème le plus important qui reflète peut-être le mieux la stigmatisation de ces personnes et l'absence de volonté politique lorsqu'il s'agit de donner suite aux nombreuses études et recommandations qui ont été faites au cours des dernières décennies dans le domaine de la santé mentale, c'est l'absence, tant à l'échelle nationale et provinciale, d'un plan pour la santé mentale, ce qu'on appelle parfois une stratégie nationale ou provinciale. Ce plan nous permettrait d'évaluer la situation, de nous organiser, de financer et d'évaluer les services existants et nouveaux dont nous avons grandement besoin en santé mentale.

Voici quelques principes fondateurs de cette stratégie. En tout premier lieu, nous devons porter notre attention sur les ressources préventives en amont ainsi que sur les éléments déterminants pour la santé qui nous dispenseront d'assurer des services en aval.

Il est nécessaire d'assurer la souplesse dans la prestation des services, l'individualisation des services, les approches axées sur le client, un plus grand choix de services pour le consommateur et

the least restrictive environments and services used where possible. A continuous, seamless service provision between systems is really critical, and is something that is missing currently.

We prefer community-based services whenever possible, and a continuum of services that recognizes the cyclical and episodic nature of many of these illnesses. Key to these services is reinvestment of savings from institutional programs into building community infrastructure. This reinvestment has not happened adequately in Saskatchewan nor do I believe it has happened adequately in any other jurisdiction that has moved to deinstitutionalization.

Cultural diversity and appropriateness are also very important.

Another key issue is primary care and specialist services. Most persons with less severe mental health problems are provided services by their family physician or other counselling services. However, many physicians and other professionals do not receive an adequate amount of training about the effect mental health has on overall physical health, including those who develop a mental illness diagnosis.

For those requiring specialized services, the shortages of psychiatrists in this province can result in an inappropriate wait for services, an inappropriate number of changes in psychiatrists, and an overburdening of those psychiatrists who are available.

Following are some suggestions for possible solutions.

Nurse practitioners on a primary health care team could take on many duties currently supplied by psychiatrists, particularly in rural and outlying areas. This use of nurse practitioners would enable more effective use of available psychiatrists.

The use of telepsychiatry in specific cases, especially in northern and outlying areas of the province, would be very useful, particularly if combined with nurse practitioners. We believe the use of telepsychiatry and nurse practitioners could dramatically increase the availability of services.

Stigma reduction is key. Stigma and stigmatizing attitudes can hinder social integration, cause feelings of guilt and shame, hinder the timely access of treatment, and affect quality of life. Stigma can result in negative consequences such as unemployment, lack of housing, diminished self-esteem and weak social support.

Perhaps the most damaging key consequence of stigma is that we harbour dramatically lower expectations for people with a mental illness and easily accept a quality of life for them that we would never accept for ourselves. (Jones 2001)

des milieux et des services qui soient moins restrictifs là où c'est possible. L'utilisation continue et homogène des services est vraiment essentielle, et c'est une chose qui n'existe pas en ce moment.

Nous préférons les services communautaires partout où c'est possible, et un continuum de services qui tient compte du caractère cyclique et épisodique de bon nombre de ces maladies. Il est essentiel pour ces services que l'on réinvestisse les économies provenant des programmes institutionnels dans l'édification d'une infrastructure communautaire. Ce réinvestissement ne se fait pas assez en Saskatchewan, et je ne crois pas non plus qu'on en fasse assez dans ce sens dans toutes les autres provinces qui sont passées à la désinstitutionnalisation.

La diversité culturelle et l'adéquation sont également très importantes.

Autre problème fondamental, les soins de santé primaires et les services spécialisés. La plupart des personnes qui ont des problèmes de santé mentale moins aigus ont droit aux services de leur médecin de famille ou d'autres services de counselling. Cependant, bon nombre de médecins et d'autres professionnels ne connaissent pas assez bien les effets qu'a la santé mentale sur la santé physique générale, entre autres pour ces personnes chez qui la maladie mentale apparaît.

Pour ceux qui ont besoin de services spécialisés, le manque de psychiatres dans notre province peut avoir pour effet que l'attente pour ce service est trop longue, que les psychiatres changent trop souvent et que les psychiatres qui restent sont surchargés.

Nous allons maintenant vous proposer quelques solutions.

Les infirmières et infirmiers praticiens des équipes de santé primaire pourraient assumer de nombreuses fonctions qui sont en ce moment assurées par les psychiatres, particulièrement dans les régions rurales et isolées. Cette utilisation des infirmières praticiennes nous permettrait de mieux utiliser les psychiatres disponibles.

L'utilisation de la télépsychiatrie dans des cas particuliers, particulièrement dans les régions nordiques et isolées de la province, serait très utile particulièrement si on combine cela avec le recours aux infirmières praticiennes. Nous croyons que l'utilisation de la télépsychiatrie et des infirmières praticiennes pourrait élargir considérablement l'accès aux services.

Il est essentiel d'atténuer la stigmatisation. La stigmatisation et les attitudes stigmatisantes peuvent entraver l'intégration sociale, susciter la culpabilité et la honte, entraver l'accès opportun au traitement et nuire à la qualité de la vie. La stigmatisation peut avoir des conséquences négatives, par exemple le chômage, l'accès au logement, l'affaiblissement de l'estime de soi et du soutien social.

La conséquence la plus dommageable de la stigmatisation tient peut-être au fait que nos attentes à l'égard des personnes atteintes de santé mentale sont presque nulles, et nous acceptons aisément pour elles une qualité de vie que nous n'accepterions jamais pour nous-mêmes. (Jones 2001)

I think that one quotation speaks to the reasons for the lack of mental health services in Canada. In many cases our services are more like third-world services existing in a first-world country.

We believe stigma is fuelled by a lack of understanding and education, and perpetuated by sensationalist media and other industries, such as movies and television. A key part of any national or provincial strategy must include a focused stigma reduction plan which stresses positive recovery stories, which are becoming much more frequent. A strategy must directly tackle myths and misconceptions regarding mental illness. It should utilize properly funded population health and health promotion principles, such as the reduction of barriers to good mental health and affirmative action policies to ensure meaningful participation by persons with mental health problems and illnesses in our society.

We need to develop intersectoral and intergovernmental partnerships and collaboration to seek out and eliminate stigma-producing and stigma-perpetuating stereotypes. We must make use of multiple strategies that work on all levels of society and that tackle the issue in many places at numerous times, and that extend well beyond basic health education.

We need to focus on upstream issues such as poverty, unhealthy housing and work environments; and implement a positive method of improving the conditions and environments in which people live, work and play.

We must also evaluate and provide accurate information based on researched evidence. We need much more mental health research in this country.

A key health determinant is inadequate housing. Many persons in this province with mental health issues and illnesses live in substandard housing or housing unsuitable for their condition. This determinant of health or mental health has a great bearing on a positive or negative outcome or recovery.

Significantly more resources are needed for the federal Affordable Housing Framework Agreement, and the creation of a new housing rehabilitation fund is critical.

I would like to speak of a positive new initiative in this province that is, I believe, groundbreaking. It is the Saskatchewan Rental Housing Supplement. This supplement has just begun; they are putting the final touches to it. It will assist persons with all types of disability to improve their housing situation, and extends well beyond the stereotypical ramp and washroom modifications generally needed by the physically disabled. It will provide resources to those with mental health problems on a continuing basis to assist with renovations such as larger

Je crois que cette citation en dit long sur l'absence de services de santé mentale au Canada. Dans de nombreux cas, nos services ressemblent davantage à des services d'un pays du tiers monde dans un pays du premier monde.

Nous croyons que la stigmatisation est alimentée par un manque de compréhension et d'éducation, et qu'elle est perpétuée par des médias sensationnalistes et d'autres industries, par exemple, le cinéma et la télévision. Toute stratégie nationale ou provinciale doit comprendre un plan d'atténuation de la stigmatisation qui met en lumière les cas de rétablissement qui sont de plus en plus fréquents. Cette stratégie doit s'attaquer directement au mythe et aux conceptions erronées concernant la santé mentale. Elle doit s'appuyer sur des principes de santé de la population et de promotion de la santé, en assurant un financement adéquat, principes qui sont entre autre la réduction des obstacles à une bonne santé mentale et des politiques d'action positive qui assurent la participation pleine et entière à la société des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou atteintes d'une maladie mentale.

Nous devons établir des partenariats intersectoriels et intergouvernementaux qui s'emploieront de concert à identifier et à éliminer les stéréotypes qui produisent et perpétuent la stigmatisation. Nous devons faire usage des stratégies multiples qui ont des effets sur toutes les couches de la société et qui s'attaquent au problème en maints endroits et à divers moments, et qui vont beaucoup plus loin que l'éducation de base en santé.

Nous devons nous attaquer aux problèmes en amont, par exemple, la pauvreté, les logements et les milieux de travail insalubres; et nous devons mettre en œuvre les moyens qui nous permettront d'améliorer les conditions et les milieux où les gens vivent, travaillent et s'amuse.

Nous devons aussi évaluer et disséminer des informations exactes fondées sur la recherche. Nous devons faire plus de recherche en santé mentale dans notre pays.

Un logement inadéquat est un élément déterminant pour la santé. De nombreux citoyens de notre province ayant des problèmes de santé mentale ou atteints d'une maladie mentale vivent dans des logements inadéquats ou qui ne conviennent pas à leur condition. Cet élément déterminant de la santé ou de la santé mentale peut faire toute la différence entre un résultat positif ou négatif ou entre la maladie et le rétablissement.

Il faut injecter beaucoup de ressources dans l'Entente-cadre fédérale sur le logement abordable, et il est essentiel de créer un nouveau fonds de réhabilitation des logements.

J'aimerais parler d'une initiative nouvelle et positive de notre province qui est à mon avis promise à un grand avenir. Il s'agit du Saskatchewan Rental Housing Supplement. Mais cette initiative vient juste de commencer; on y met la dernière main en ce moment. Il s'agit d'aider les personnes qui ont un handicap quelconque à améliorer leur logement, et cela dépasse de loin l'installation de rampes qu'on voit partout et les réaménagements des salles de bains dont ont besoin les handicapés physiques. Il s'agit de fournir des ressources sur une base continue à ceux qui

windows, enhanced security, noise control and housing closer to services.

We commend the Government of Saskatchewan for their forward thinking with this new program, and we believe that federal funding for this and similar programs across the country would greatly assist in addressing the housing problems of the mentally ill.

Income security is another significant issue. It is a critical key determinant of health and mental health. The current level of social assistance has had only minuscule increases over the last decade and a half. Due to the cyclical and episodic nature of many mental illnesses, the current system of income support designed for short-term use does not begin to provide adequate supports for those with mental health issues and illnesses.

Steps must be taken immediately to ensure that social assistance rates are increased by the level of inflation over the last 15 years; at present they are much below that level. Adequate training should be provided to those working with persons with mental health issues in the social services area to enable them to provide adequate support and communication, taking into account the cyclical nature of these illnesses.

We must ensure seamless integration between employment support programs and social assistance programs that recognizes the non-linear progression towards employment of most mental health consumers.

The justice system is an important area. Research has shown that a high percentage of those incarcerated have a mental health or mental illness problem. There are also well-known problems of how to stream someone with a mental illness who is in trouble because of breaking the law.

Several models of mental health or treatment courts exist across Canada that should be supported and researched to provide an adequate understanding of the dynamics, benefits and applications of these innovations in the court system.

Funding should be available for research, which would provide a better understanding and provision of adequate treatment for persons suffering from a mental illness who are incarcerated.

Psychiatric home care or supports are also important. The current system of home care throughout the province and, in general, throughout the country provides only for physical care. The system cannot and does not provide adequately for mental health care.

Indeed, because current home care is so entrenched in medical-model physical care, mental health home support may have to be designed as a separate subsystem of standard home care. This subsystem will need a different mind set and training to assist

ont des problèmes de santé mentale et qui veulent procéder à des rénovations, par exemple, faire élargir les fenêtres, améliorer leur sécurité, contrôler le bruit et avoir accès à un logement plus près des services.

Nous félicitons le gouvernement de la Saskatchewan d'avoir eu l'audace de proposer ce nouveau programme, et nous croyons que le financement fédéral pour ce programme et d'autres semblables partout au pays nous permettra de faire beaucoup pour aider les personnes atteintes de maladie mentale à régler leurs problèmes de logement.

La sécurité du revenu est un autre problème important. C'est un élément déterminant de la santé et de la santé mentale. Le niveau actuel de l'aide sociale n'a connu que des augmentations minuscules au cours des 15 dernières années. Étant donné le caractère cyclique et épisodique de nombreuses maladies mentales, le système actuel de soutien du revenu qui est fait pour une utilisation à court terme est loin d'assurer le soutien voulu de ces personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou qui sont atteintes de maladie mentale.

Il faut prendre des mesures immédiatement pour s'assurer que les taux d'aide sociale soient augmentés en fonction de l'inflation des 15 dernières années; ils sont en ce moment à un niveau qui est beaucoup trop bas. Il faut bien former ceux qui travaillent avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le domaine des services sociaux afin qu'ils puissent assurer le soutien et la communication voulus et prendre en compte le caractère cyclique de ces maladies.

Nous devons assurer l'intégration homogène des programmes de soutien à l'emploi et des programmes d'aide sociale afin de reconnaître la progression non linéaire vers l'emploi de la plupart des consommateurs de services de santé mentale.

Le système de justice est important aussi. La recherche démontre qu'un pourcentage élevé des personnes incarcérées ont un problème de santé mentale ou sont atteintes d'une maladie mentale. Il y a aussi des problèmes d'intégration bien connus pour les personnes ayant une maladie mentale qui sont en difficulté parce qu'elles ont enfreint la loi.

Il existe au Canada plusieurs modèles de tribunaux qui se spécialisent en santé mentale, et il faut encourager ces modèles et faire plus de recherche sur ceux-ci afin de bien comprendre les dynamiques, les avantages et les applications de telles innovations dans le système judiciaire.

Il faut débloquer des fonds pour la recherche, et ainsi mieux comprendre et soigner les personnes qui souffrent d'une maladie mentale et qui sont incarcérées.

Les soins ou soutiens psychiatriques à domicile sont également importants. Le système actuel de soins à domicile dans la province, et dans tout le pays de manière générale, n'assure que les soins physiques. Le système ne peut pas assurer de bons soins de santé mentale.

En effet, étant donné que les soins à domicile actuels sont tellement confinés aux soins physiques, il faudra peut-être faire des soins de santé mentale à domicile un système distinct des soins à domicile généraux. Les animateurs de ce système distinct

those many thousands who are not connected to the formal mental health system but require support on a cyclical basis while staying in their home, as opposed to expensive and disruptive hospital care.

In closing, there are many good programs and best-practice models in this province and in this country. In the past, Saskatchewan has had a leadership role in deinstitutionalization, and many good program models have been developed. The problem remains, however, that there has not been the political will to make serious and persistent efforts to replicate the good models throughout the province.

The lack of provincial standards and of an overall plan, and the resultant lack of resources for mental health, has resulted in a patchwork-quilt approach to services across the province, and by extension, across the country.

Those in rural and northern areas are particularly hard hit by great distances to services, the lack of services that allow integrity to local community and family supports, and adequately resourced mental health services in their location.

A raising of the profile of mental health by the Kirby report and the opportunity to provide input to the Senate committee are greatly appreciated. We sincerely hope the work of both groups will result in much needed changes in our province's, and our country's, mental health systems.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Nelson. You have covered the waterfront that we have heard repeatedly across the country. Yesterday, we had the privilege of hearing from a group in Brandon about their infrastructure for community services, which combines primary health care and social services in the community of Brandon in an ingenious way. To date, it is by far the best model we have seen, as we have held these hearings.

They have the capability of embracing virtually all aspects of the problems you have addressed. Since you are so close to them I think it would be worthwhile to look at that as a model.

Certainly, Dr. Howard Chodos, who fundamentally writes our report — Senator Kirby and I and the others just take the credit — will include in the report, I am sure, a structure built around this model, as we make our recommendations.

Senator Callbeck: I have a question on the new provincial program for housing. Will that money be available only to people that own houses or to landlords as well?

Mr. Nelson: The supplement is strictly for people who are in the rental market and it will not go to the landlords. It will follow persons when they change homes.

devront avoir une attitude et une formation différentes pour venir en aide à ces milliers de personnes qui ne sont pas associées au système de santé mentale officiel, mais qui ont besoin de soutien sur une base cyclique et peuvent ainsi rester chez elles au lieu d'entrer dans un milieu hospitalier coûteux et perturbateur.

En terminant, je dirai qu'il y a de nombreux bons programmes ainsi que des modèles de pratiques exemplaires dans cette province et ailleurs au pays. Par le passé, la Saskatchewan a donné l'exemple de la désinstitutionnalisation, et de nombreux bons programmes ont été créés depuis. Le problème qui subsiste, cependant, c'est que nous n'avons pas la volonté politique qu'il nous faut pour faire des efforts sérieux et constants qui nous permettront d'instaurer ces bons modèles partout dans la province.

L'absence de normes provinciales ainsi que d'un plan général, et le manque de ressources pour la santé mentale qui en résulte, fait que nous nous retrouvons aujourd'hui dans la province, et par extension, dans tout le pays, devant une mosaïque de services.

Ceux qui vivent dans les régions rurales et nordiques souffrent beaucoup du fait qu'ils sont très éloignés des services, ces services qui assurent l'intégrité des soutiens communautaires et familiaux, et ils n'ont pas chez eux des services de santé mentale bien pourvus.

Le rapport Kirby a haussé le profil de la santé mentale, et il nous est maintenant permis de faire entendre notre voix au comité du Sénat, chose que nous apprécions beaucoup. Nous espérons sincèrement que le travail de ces deux groupes ouvrira la voie à ces changements dont nous avons grandement besoin dans le système de santé mentale de notre province, et de notre pays.

Le vice-président : Merci beaucoup, monsieur Nelson. Vous avez dit des choses que nous avons entendues partout ailleurs au pays. Nous avons eu hier le privilège d'entendre un groupe de Brandon qui nous a parlé de l'infrastructure des services communautaires, où l'on combine les soins de santé primaires et les services sociaux d'une manière ingénieuse pour les gens de Brandon. C'est, à ce jour, le meilleur modèle que nous ayons vu depuis que nos audiences ont commencé.

Ils sont en mesure de traiter de presque tous les aspects des problèmes que vous avez mentionnés. Étant donné que vous êtes si près d'eux, je pense qu'il vaudrait la peine d'aller voir à quoi ressemble ce modèle.

Chose certaine, le Dr Howard Chodos, qui est essentiellement celui qui rédige notre rapport — le sénateur Kirby et moi-même et les autres nous contentons de nous en attribuer le mérite — fera état dans son rapport, j'en suis sûr, d'une structure édifée autour de ce modèle, lorsque le temps sera venu de faire nos recommandations.

Le sénateur Callbeck : J'ai une question sur le nouveau programme provincial de logement. Cet argent sera-t-il réservé aux personnes qui possèdent leur propre maison ou aux propriétaires également?

M. Nelson : Seuls ceux qui louent leur logement ont droit à ce supplément, pas les propriétaires. Le locataire continue à y avoir droit quand il change de logement.

It was originally begun for people who have physical care needs such as ramps and washrooms, and it takes into account that usually there is a premium for those kinds of accommodations. We have advocated for a long time that those with less visible disabilities such as mental illnesses, those who are deaf and hard of hearing, and those with learning disabilities, et cetera, really need a similar program.

When we researched the literature and tried to find research on the point, we discovered there was very little. There is an understanding of the need for supportive housing for the relatively small minority that have more intensive needs. However, many more thousands out there have mental health issues and mental illnesses who are renting on their own or with minimal support.

This new program will use a different approach. For example, if you are suffering from depression and you receive only \$320 a month, which is the base social assistance rate here, you can try to find a house that has much better window space so that you have some sunshine in the winter to prevent seasonal affective disorder. This would allow you to tie in that need, and to receive an extra stipend to assist with rent costs for any house you might move to.

The supplement would also apply if someone has a cross disability that requires them to be in a quieter area.

Senator Callbeck: Is this program patterned on one in another province?

Mr. Nelson: No, I understand it will cut some new ground for less physical disabilities. It is not in place yet; it is still being designed. This morning I was at a meeting with the department and stakeholders and it will probably be in place this fall and will be evaluated by government and by the community.

I believe it has amazing potential for assisting people to move out of the areas of housing that are negatively impacting whatever their disability may be; not just physical disabilities, although certainly they are included.

Senator Callbeck: How does a person become eligible?

Mr. Nelson: Anyone who receives social assistance and rents accommodation is eligible. We have designed a new system, a state-of-the-art call centre for social assistance. However, for people with disabilities it has issues, especially for this type of program.

It will be a self-referral system but there must be some corroboration, not necessarily from a medical person, but from someone who knows them and who can say, this person has this particular need because of their disability.

There will be many ways of applying, including on-line, the call-in system, attending an office or by mail; whatever works best for that person.

À l'origine, ce supplément avait été conçu pour ceux qui avaient des besoins physiques particuliers, tels que des rampes d'accès et des salles de bain adaptées, puisqu'il faut généralement payer davantage pour ce genre d'aménagement. Depuis longtemps, nous réclamons un programme semblable pour ceux dont le handicap est moins visible, tels que ceux souffrant de troubles mentaux, les sourds et les malentendants et ceux qui ont des difficultés d'apprentissage.

Quand nous avons passé en revue le rapport d'étude pour tenter de trouver ce qui avait été fait sur ce sujet, nous en avons très peu trouvé. On comprend qu'une minorité relativement petite de handicapés ayant des besoins profonds a besoin de logement avec services de soutien. Toutefois, il y a des milliers de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux qui vivent seules dans un logement loué ou avec un soutien minimal.

Ce nouveau programme se fonde sur une approche différente. Ainsi, si vous souffrez de dépression et que vous recevez seulement 320 \$ par mois, le taux d'aide sociale de base ici, vous pouvez tenter de trouver une maison où la fenestration est meilleure afin de jouir davantage de la lumière du soleil en hiver et ainsi prévenir les troubles affectifs saisonniers. Puisque vous pouvez établir un lien avec un besoin réel, vous pourrez recevoir une somme supplémentaire qui compensera le loyer plus élevé que vous devrez payer pour cette maison.

Ce supplément pourrait aussi être offert à ceux qui ont des déficiences multiples et qui doivent vivre dans un quartier calme.

Le sénateur Callbeck : Avez-vous pris pour modèle un programme existant déjà dans une autre province?

M. Nelson : Non, je crois savoir que nous faisons œuvre de pionnier. Le programme n'est pas encore en place, nous travaillons encore à sa conception. Ce matin, j'ai assisté à une réunion avec des intervenants et des représentants du ministère; le programme sera probablement en place cet automne et il sera évalué par le gouvernement et la collectivité.

J'estime que ce programme a énormément de potentiel et pourrait grandement aider toutes les personnes ayant un handicap, pas seulement physique, à quitter le logement ou le quartier qui nuit à leur qualité de vie.

Le sénateur Callbeck : Qui aurait droit à ce supplément?

M. Nelson : Quiconque reçoit de l'aide sociale et est locataire aura droit au supplément. Nous avons conçu un nouveau système, un centre d'appel pour l'aide sociale à la fine pointe de la technologie. Toutefois, il ne répond pas à tous les besoins des personnes handicapées, surtout en ce qui a trait à ce genre de programme.

Chacun pourra donc présenter lui-même sa demande; toutefois, quelqu'un qui connaît bien le demandeur, pas nécessairement un professionnel de la santé, devra confirmer qu'il a des besoins spéciaux en raison de sa déficience.

On pourra présenter sa demande de diverses façons, en ligne, par le biais du centre d'appel, en personne ou par courrier, selon ce qui convient le mieux à chacun.

Senator Callbeck: You recommend that consumers be able to choose among services. Should government decide which services should be funded?

Mr. Nelson: There should be some choice such as every other type of consumer has. Unfortunately, because of the standard in mental health care, which is either nothing or a very under-funded system, there really are no choices for people. We are not saying that everything should be duplicated but that the system standard should be raised so that if you do not want this particular area of service, you can choose something else.

That sometimes seems to fly in the face of the single-entry point and that type of thing. However, I think it is understood that even though you have a single-entry point in mental health or in other disability issues for convenience and coordination, you need to have back doors there too. Many mental health consumers, no matter how bad their need is, will not go to a hospital or even to a formal clinic. They may be much more likely to go to a mental health association or other community-based organization, gradually get involved and then perhaps with help from these organizations, get into the formal system. We are saying there needs to be some choice there in an equality-based system.

The Deputy Chairman: Thank you all very much for your time.

Our last panel of witnesses represent the Saskatchewan Psychiatric Association. We will begin with Dr. Thakur.

Dr. Annu Thakur, Member, Saskatchewan Psychiatric Association: Good afternoon. I want to extend sincere thanks from the Saskatchewan Psychiatric Association for undertaking such a monumental task to unify the issues related to mental health and mental illness at the national level. It is timely and will help not only at the national level but I think at the provincial level, too. We will have much more direct access to inform the government about what is happening in our province.

We have prepared this 10-page typed presentation and I have brought with me "Appendix A" and "Appendix B" for your information. I have also brought another booklet, which is available for your reference.

First, I will give you some demographic information. Saskatchewan differs from most other provinces in that its population is widely dispersed, with approximately one-third of the residents living on farms or in communities of less than 500.

The population is predominantly of European origin, although the First Nations population is rapidly on the rise. Most residents speak English, although Cree, French, Ukrainian and German are spoken in some communities. We have visible minorities of people coming from Asia and South America who mostly live in urban centres.

Le sénateur Callbeck : Vous recommandez que les consommateurs de services de santé mentale puissent choisir parmi différents services. Le gouvernement devrait-il décider quels services seront financés?

M. Nelson : Les consommateurs de services de santé mentale, comme tout autre consommateur, devraient avoir un certain choix. Malheureusement, le financement des soins de santé mentale est minime ou nul, ce qui laisse très peu de choix à ceux qui en ont besoin. Nous ne préconisons pas le dédoublement de tous les programmes, mais il faudrait relever la norme qui prévaut afin de donner plus qu'un choix aux consommateurs.

Je sais que cela semble aller à l'encontre du point d'entrée unique, mais je crois qu'on comprend qu'il est bon qu'il y ait un point d'accès unique aux services aux handicapés et en santé mentale pour des raisons de commodité et de coordination, mais qu'il faut aussi prévoir d'autres portes d'entrée. Bon nombre de consommateurs de services de santé mentale refuseront d'aller à l'hôpital ou même à la clinique, même si leurs besoins sont grands et urgents. Ils sont beaucoup plus susceptibles de s'adresser à une association de santé mentale ou à une autre organisation communautaire, à se prévaloir graduellement de l'aide de ces organisations avant d'entrer dans le système comme tel. Nous estimons que tout système fondé sur l'égalité doit prévoir des choix.

Le vice-président : Merci beaucoup d'avoir pris le temps de venir nous voir.

Nos derniers témoins représentent l'Association psychiatrique de la Saskatchewan. Je cède la parole au Dr Thakur.

Le docteur Annu Thakur, membre, Association psychiatrique de la Saskatchewan : Je vous remercie sincèrement, au nom de l'Association psychiatrique de la Saskatchewan, d'avoir entrepris cette tâche monumentale que représente cette étude nationale de toutes les questions liées à la maladie et à la santé mentales. Cette étude se fait à un moment opportun et sera utile non seulement au niveau national mais, je crois, au niveau provincial aussi. Nous pourrions ainsi informer plus directement le gouvernement de ce qui se fait dans notre province.

Nous avons rédigé un exposé d'une dizaine de pages et j'ai apporté avec moi les annexes A et B pour votre gouverne. J'ai aussi apporté un petit livret que vous pourrez consulter.

J'aimerais d'abord vous brosser un tableau démographique de notre province. La Saskatchewan diffère de la plupart des autres provinces, en ce sens que sa population est disséminée un peu partout sur son territoire et qu'environ un tiers des habitants vivent sur une ferme ou dans une localité de moins de 500 personnes.

La population est surtout d'origine européenne, bien que les membres des Premières nations soient de plus en plus nombreux. La plupart des Saskatchewanais parlent anglais, mais il y a aussi des habitants qui parlent le cri, le français, l'ukrainien et l'allemand dans certaines localités. Il y a des minorités visibles, de l'Asie et de l'Amérique du Sud, qui vivent surtout dans les centres urbains.

Saskatchewan became a province in 1905. The province's first mental hospital was opened in North Battleford in 1914. Outpatient services were offered on a regular basis for the first time in 1946, as Saskatchewan became the first province to introduce universal hospital care insurance.

During the early 1950s, the patient population in the province's two mental hospitals exceeded 4,000. An additional 900 mentally retarded persons were cared for in an associated institution.

Psychiatric nursing was developed as a profession in 1948. The Saskatchewan Plan, which is a treatment philosophy emphasizing community-based services as an alternative to institutional care, was developed in 1955.

In 1962, Saskatchewan became the first province to introduce universal medical care coverage.

Community mental health services were developed, and a regionalized service delivery structure evolved during the 1960s. Inpatient populations declined, and in 1971 the Saskatchewan Hospital in Weyburn was the first Canadian mental hospital to be closed.

Primary responsibility for services for the mentally retarded was transferred from Saskatchewan Health to the Saskatchewan Social Services in 1972. New mental health legislation that significantly extended patients' rights was proclaimed in 1986.

Because of the time constraints I will skip over parts of our written presentation.

The province is divided into health regions. We are using Saskatoon Health Region as an example. It is the largest region in the province and serves a population of 375,000 in more than 100 cities, towns and rural municipalities around Saskatoon.

It is one of the most complex integrated health agencies in Canada. Saskatoon Health Region has 10 hospitals including three provincial tertiary hospitals, eight primary care centres, four urban public health centres and 11,000 staff members. Its total annual budget is \$536 million or \$1.47 million daily. Of that amount, 79 per cent is used for salaries and benefits and 64 per cent for the delivery of hospital services. We do not know how much is allocated to the mental health and mental illness portion.

Mental health services provide a wide range of community-based and institutional programs for the residents of Saskatchewan and district, and support the Saskatoon Health Region.

I will highlight a few mental health services available through the Saskatoon Health Region: intake services, services for children, youth and adults, rehabilitation programs and acute care services. Community-based organizations include the Canadian Mental Health Association, Crisis Management

La Saskatchewan est devenue une province en 1905. Le premier hôpital psychiatrique de la province a été celui de North Battleford qui a ouvert ses portes en 1914. On a commencé à offrir des services externes pour la première fois en 1946, année où la Saskatchewan est devenue la première province du pays à adopter l'assurance-hospitalisation universelle.

Au début des années 50, le nombre de patients dans les deux établissements psychiatriques de la province était de plus de 4 000. En outre, 900 retardés mentaux étaient hébergés dans un établissement associé.

Les soins infirmiers psychiatriques sont devenus une profession en 1948. Le Plan Saskatchewan, une philosophie de soins mettant l'accent sur le recours aux services communautaires plutôt qu'à l'institutionnalisation, a été conçu en 1955.

En 1962, la Saskatchewan est devenue la première province canadienne à adopter l'assurance-maladie universelle.

Pendant les années 60, on a élaboré les services communautaires de santé mentale, ainsi qu'une structure régionalisée de prestation des services. Le nombre de malades hospitalisés a baissé et, en 1971, l'hôpital Saskatchewan de Weyburn a été le premier hôpital psychiatrique du Canada à fermer ses portes.

En 1972, le ministère provincial de la Santé a cédé au ministère des Services sociaux la responsabilité principale en matière de services pour les retardés mentaux. Une nouvelle loi sur la santé mentale qui conférait d'importants nouveaux droits aux patients a été promulguée en 1986.

Comme j'ai peu de temps, je ne lirai pas tout notre mémoire.

La province se divise en régions pour fins des services de santé. Prenons l'exemple de la région de Saskatoon : c'est la plus grande région de la province; on y trouve 375 000 habitants dans plus de 100 villes, villages et municipalités rurales des environs de Saskatoon.

On y compte l'une des agences de services de santé intégrés les plus complexes au Canada. La région de Saskatoon compte 10 hôpitaux dont trois hôpitaux provinciaux dispensant des soins tertiaires, huit centres de soins primaires, quatre centres urbains de santé publique employant 11 000 personnes. Son budget annuel totalise 536 millions de dollars, soit 1,47 million de dollars par jour. Soixante-dix-neuf pour cent de cette somme sert aux salaires et avantages sociaux et 64 p. 100, à la prestation des services hospitaliers. Nous ignorons quelle part du budget sert aux soins de santé mentale.

Dans le cadre des services de santé mentale, on offre une vaste gamme de programmes institutionnels et communautaires aux résidents de la Saskatchewan et du district, ainsi qu'en guise d'appui à la région sanitaire de Saskatoon.

Voici quelques-uns des services de santé mentale offerts dans la région sanitaire de Saskatoon : Service d'admission, service aux enfants, aux adolescents et aux adultes, programme de réadaptation et soins intensifs de courte durée. Parmi les organisations communautaires, on compte l'Association

Service, the Crocus Co-op, the Saskatoon Housing Coalition and Autism Treatment Services of Saskatchewan Inc. All these services work in an integrated fashion.

In Saskatchewan, there are approximately 200,000 children from kindergarten to Grade 12. At any given time, 10 to 15 per cent of children will have significant features of mental health issues with varying degrees of impairment. This means that between 20,000 to 30,000 children and adolescents in Saskatchewan have mental health problems.

There are serious problems in providing services to these children. There are only 10 child and adolescent psychiatrists in this province, which is far below the national average. For example, there are over 20 child psychiatrists in the city of Winnipeg. Saskatoon is a university hospital and teaching centre, yet we do not have a dedicated inpatient unit to meet children's health needs when a psychiatric disorder is present. We struggle to admit them to the paediatric ward, and on occasion, we have had 11-year-olds admitted to an adult psychiatry ward because we lack facilities.

In the community, we are struggling to provide care to many children with chronic mental health needs. I am referring to issues relating to autism and autism-related disorders, and other psychiatric illnesses.

The average wait for a child or adolescent to be seen is approximately a year to 18 months. If it is an emergency, they will be seen but they are frequently required to attend at the emergency department and take up valuable time and resources in such a process.

The burden of care is with primary care physicians who encounter tremendous difficulty accessing support systems such as family therapists, family counsellors and other mental health therapists. Some of the centralized intake programs employ individuals who do not necessarily understand the needs of the families and individuals. This situation can cause a delay in service delivery.

Another difficulty is the lack of infrastructure for child psychiatrists who are working in the province.

A major problem is the unmet mental health needs of incarcerated young people in our province. One of our holding facilities for young offenders is Kilburn Hall in Saskatoon. Over 4,000 young people are put through this program every year, and yet there is only one nurse employed there.

The situation in this province is that children's mental health needs are largely unmet. There are long waiting lists and a lack of dedicated inpatient facilities, as well as difficulties in accessing services in the community.

The research program is well organized at the University of Saskatchewan's Department of Psychiatry. There are studies taking place in neurosciences, epidemiological and population mental health studies, clinical studies of various neuropsychiatric disorders, and research into more effective treatment of

canadienne pour la santé mentale, Crisis Management Service, Crocus Co-op, Saskatoon Housing Coalition et Autism Treatment Services of Saskatchewan Inc. Toutes ces agences travaillent de concert.

En Saskatchewan, il y a environ 200 000 enfants de la maternelle à la 12^e année. En moyenne, 10 à 15 p. 100 des enfants ont des problèmes importants de santé mentale accompagnés d'une déficience plus ou moins grande. Cela signifie que de 20 000 à 30 000 enfants et adolescents en Saskatchewan ont des problèmes de santé mentale.

Il n'est pas facile de prodiguer des services à ces enfants. Il n'y a que dix psychiatres pour enfants et adolescents dans la province, ce qui est bien inférieur à la moyenne nationale. Par exemple, il y a plus de 20 pédopsychiatres à Winnipeg. L'hôpital de Saskatoon est un hôpital universitaire et d'enseignement, mais il n'a pas d'unité de malades hospitalisés pouvant répondre aux besoins des enfants souffrant de troubles psychiatriques. Nous avons du mal à les admettre à l'aile psychiatrique et, parfois, nous devons accueillir des enfants de 11 ans à l'aile psychiatrique pour adultes parce que nous n'avons pas d'autre endroit pour eux.

Au sein de la collectivité, nous avons aussi du mal à offrir des soins aux nombreux enfants ayant des problèmes chroniques de santé mentale, tels que l'autisme, les troubles liés à l'autisme et les autres maladies psychiatriques.

Les enfants et les adolescents doivent attendre en moyenne de 12 à 18 mois pour obtenir des soins. Dans les cas urgents, ils doivent se présenter à l'urgence et accaparer des ressources et du temps précieux.

Ce sont surtout les médecins de premier recours qui assument le fardeau des soins et ils ont énormément de difficulté à obtenir l'appui des thérapeutes et conseillers pour la famille et des autres thérapeutes en santé mentale. Les programmes centralisés d'admission comptent des employés qui ne comprennent pas nécessairement les besoins des familles et des patients, ce qui peut entraîner des retards dans la prestation des services.

De plus, il n'y a pas d'infrastructure pour les pédopsychiatres qui travaillent dans la province.

Par ailleurs, les autorités provinciales n'arrivent pas à répondre aux besoins en santé mentale des jeunes contrevenants incarcérés. L'un de nos établissements de détention pour jeunes contrevenants, Kilburn Hall, à Saskatoon, accueille chaque année plus de 4 000 adolescents mais n'emploie qu'une seule infirmière.

Par conséquent, il est évident que la province n'arrive pas à satisfaire aux besoins des enfants souffrant de troubles mentaux. Les listes d'attentes sont longues, on manque d'établissements pour les malades hospitalisés et il est difficile d'avoir accès aux services communautaires.

Le département de psychiatrie de l'Université de la Saskatchewan a un programme de recherche très bien organisé. On y mène des études en neurosciences, en épidémiologie et en santé mentale de la population, des études cliniques sur divers troubles neuropsychiatriques et des recherches sur le traitement le

neuropsychiatric disorders. The department also contributes to the training of the next generation of scientists and clinicians. Now that we have a synchrotron, we are looking forward to expanding our research activities.

Another area of concern is the mental health workforce in Saskatchewan. The shortage of mental health professionals in the province has been a chronic problem. I have given you as "Appendix A" a paper written by John Conway for Saskatchewan Health. It was written in 2002 and is available on the Internet.

Retention of psychiatrists in Saskatchewan is a challenging problem. There is a chronic shortage of psychiatrists in the province, which is a problem that has continued for over 20 years.

In this regard, we have made several presentations to the government: "Forgotten Constituents" in 1983; the Murray commission in 1990, which Dr. Keegan will speak about; "Physician Resource Plan" in 1994; "Crisis in Psychiatry Services" in 1996; "Psychiatry Human Resource Plan Province of Saskatchewan," in 2001; and "Saskatchewan Mental Health Sector Study" in 2002.

For a long time the province has relied on foreign-trained psychiatrists to provide psychiatric services. These foreign-trained psychiatrists have often chosen to leave the province once they were fully qualified. Regina, one of our key psychiatric strongholds, has particularly suffered many blows through this phenomenon.

Other foreign-trained psychiatrists who stay in the province are often reluctant to, or cannot, be certified after many years of acceptance of their qualifications in their native country. This situation sets up an artificial two-tiered system of different licensure and certification, which leads to resentment due to the inability to bill the fee for service. This ability to bill gives the psychiatrist a sense of respect in practicing psychiatry.

About 30 to 40 per cent of the graduates who remain in Saskatchewan choose to locate in Saskatoon or Regina. That pattern again precludes psychiatric services to rural communities.

Saskatchewan Health has been reluctant to provide alternative funding, believing that psychiatrists prefer fee-for-service remuneration. This belief is far from the case now and needs to be re-examined. Regina has been provided with much more alternative funding due to the historical reasons mentioned above and the necessity for the recruitment of foreign psychiatrists.

I was advised by the College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan yesterday that we have a total of 68 psychiatrists in our province. This number is far below the national average of one for every 10,000 people. Unfortunately, 34 of those 68 psychiatrists practice in Saskatoon. However, this is understandable given that the service area for Saskatoon Health Region comprises 340,000 people. As well, the health region and

plus efficace de divers troubles neuropsychiatriques. Ce département contribue aussi à la formation de la prochaine génération de scientifiques et cliniciens. Avec l'ouverture du synchrotron, nous espérons pouvoir élargir notre champ d'activité de recherche.

Nous nous préoccupons aussi de l'état de la main-d'oeuvre en santé mentale dans la province. La pénurie de professionnels de la santé mentale en Saskatchewan est un problème chronique. Je vous ai remis l'annexe A, un mémoire qui a été rédigé par John Conway pour le ministère de la Santé de la Saskatchewan. Il a été rédigé en 2002 et est disponible sur Internet.

C'est tout un défi que de garder des psychiatres en Saskatchewan. On y connaît une pénurie chronique de psychiatres depuis plus de 20 ans.

À cet égard, nous avons fait de nombreuses représentations auprès du gouvernement; nous avons présenté un mémoire intitulé « Forgotten Constituents » en 1983; nous avons comparu devant la commission Murray en 1990, et le Dr Keegan vous en dira plus long à ce sujet; nous avons présenté le document « Physician Resource Plan » en 1994, « Crisis in Psychiatry Services » en 1996, « Psychiatry Human Resource Plan Province of Saskatchewan » en 2001 et « Saskatchewan Mental Health Sector Study » en 2002.

Pendant longtemps, la province a compté sur les psychiatres formés à l'étranger pour la prestation de ses services psychiatriques. Ces psychiatres formés à l'étranger ont souvent quitté la province après avoir obtenu leurs titres de compétence. Regina, l'un de nos bastions des soins psychiatriques, a particulièrement souffert de ce phénomène.

D'autres psychiatres formés à l'étranger qui choisissent de rester en Saskatchewan ne veulent pas ou ne peuvent pas faire reconnaître leurs titres de compétence par la Saskatchewan même s'ils ont pratiqué pendant bien des années dans leur pays d'origine. Cette situation donne lieu à un système artificiel et inégal d'autorisation d'exercer et d'attestation qui suscite du ressentiment chez les psychiatres qui n'ont pas le droit de facturer leurs services. Le droit de facturer ses services confère au psychiatre le droit au respect dans sa pratique de la psychiatrie.

De 30 à 40 p. 100 des diplômés qui restent en Saskatchewan choisissent de s'installer à Saskatoon ou à Regina, et les collectivités rurales en sont désavantagées.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan hésite à envisager d'autres méthodes de financement, croyant que les psychiatres préfèrent la rémunération à l'acte. Or, cette croyance est erronée et devrait être revue. Regina a reçu des fonds en vertu d'autres modes de financement pour les raisons d'ordre historique que je viens de mentionner et pour recruter des psychiatres étrangers.

Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan m'a fait savoir hier qu'il y a actuellement 68 psychiatres dans notre province. Ce nombre est bien inférieur à la moyenne nationale d'un psychiatre pour 10 000 personnes. Malheureusement, 34 de ces 68 psychiatres pratiquent à Saskatoon. Toutefois, cela s'explique en partie par le fait que la région sanitaire de Saskatoon compte 340 000 personnes. De plus, la région

the university have specific responsibilities related to teaching duties, administration, subspecialization and research, which require additional resources and different approaches to providing clinical services.

Considering the size of the mental health region and these additional responsibilities, there is now a pending crisis as 26 per cent of psychiatrists practicing in the region are above age 55, with 11 being above age 65.

There is a shortage of subspecialists in the areas of child and youth, geriatric, and forensic psychiatry. The Canadian Psychiatric Association has recently announced psychosomatic medicine as an academic subject. However, we do not have any consultation-liaison component, as such, at the university.

In addition, the ability and desire to do full-time clinical practice for Saskatoon regional practitioners varies greatly. The university-based, full-time group generally practice no more than 50 per cent of their time because their mandate requires educational and research commitments.

The recruitment of women to psychiatry has had an impact. Of the 34 practitioners in Saskatoon, 13 are women. However, a significant number of female psychiatrists choose to practice less than full-time because of home commitments and child-raising responsibilities. Probably because of the average age of the psychiatrists in the health region, 30 per cent have indicated a desire to do less work in the next five years.

Even though we have 34 psychiatrists, there is a wide variety of reasons they have less than full-time clinical practices.

As requested in your Report 3, we have prepared recommendations and wish to discuss a patient-client approach concentrating on three elements: dysfunction, disability and death.

We need to address the mental health needs of children and adolescents. This would reduce chronicity and perhaps prevent the further consequences of mental illness in this age group. A national action plan is needed in this regard.

Early detection of psychosis and intervention is important. It is well known that if schizophrenia, bipolar disorder or chronic psychotic symptoms are detected at an early stage we can reduce breakdowns, they can receive education and perhaps would be able to benefit from employment in the future.

Medication for mentally ill patients is important. The prescription drugs vision under the First Ministers' 10-year plan to strengthen health care, was announced in September 2004.

sanitaire et l'université assument des responsabilités particulières liées à l'enseignement, à l'administration, à la sous-spécialisation et à la recherche qui rendent nécessaires des ressources additionnelles et des méthodes différentes de prestation des services cliniques.

Compte tenu de l'importance des responsabilités liées à la santé mentale dans cette région et de ses responsabilités supplémentaires, une crise est imminente puisque 26 p. 100 de psychiatres pratiquant dans cette région ont plus de 55 ans et que 11 d'entre eux ont plus de 65 ans.

On manque aussi de spécialistes dans les domaines de la psychiatrie pour enfants et adolescents, de la géronto-psychiatrie et de la psychiatrie légale. L'Association des psychiatres du Canada a récemment annoncé l'arrivée d'un nouveau sujet d'étude, la médecine psychosomatique. Toutefois, à l'université, nous n'avons pas encore d'unité de consultation-liaison.

En outre, les praticiens de la région de Saskatoon ne sont pas tous désireux ou en mesure de pratiquer la psychiatrie clinique à temps plein. Le groupe à temps plein, en milieu universitaire, ne pratique généralement pas plus de 50 p. 100 du temps en raison de son mandat qui prévoit aussi des fonctions d'enseignement et de recherche.

Le recrutement des femmes en psychiatrie a eu une incidence. Sur les 34 psychiatres pratiquant à Saskatoon, 13 sont des femmes. Cependant, un nombre important de femmes psychiatres ne pratiquent pas à temps plein parce qu'elles élèvent des enfants et ont d'autres obligations familiales. Probablement en raison de l'âge moyen des psychiatres dans cette région sanitaire, 30 p. 100 d'entre eux ont dit souhaiter travailler moins dans les cinq prochaines années.

Même si nous comptons 34 psychiatres, la plupart ne pratiquent pas la psychiatrie clinique à temps plein pour toutes sortes de raisons.

Comme vous l'avez demandé dans votre rapport 3, nous avons formulé des recommandations. Nous recommandons une approche patient-client centrée sur trois éléments : la dysfunction, la déficience et la mort.

Il faut répondre aux besoins des enfants et adolescents en matière de santé mentale. Cela permettrait de réduire la chronicité et peut-être même certaines conséquences de la maladie mentale dans ce groupe d'âge. À cet égard, il faut un plan d'action national.

La détection et l'intervention précoces dans les cas de psychose sont importantes. Il est bien connu que si les symptômes de la schizophrénie, des troubles bipolaires ou des symptômes psychotiques chroniques sont décelés tôt, on peut réduire la fréquence et la gravité des dépressions nerveuses, les malades peuvent recevoir une formation et, dans certains cas, peuvent même travailler par la suite.

Pour les patients atteints de maladie mentale, la médication est importante. En septembre 2004, les premiers ministres ont annoncé un plan décennal pour améliorer les soins de santé qui

Does this ensure that mentally ill and addicted individuals will get the prescription drugs they need?

Currently in this province, mentally ill patients who receive social assistance often cannot afford to pay for prescriptions because they are on four or five medications and must pay \$2 for each one, which they cannot afford.

There is a need for a program whereby mentally disabled patients can be looked after in the community. This program could prevent further deterioration in cognitive function, and facilitate integration into the community.

Saskatchewan is a mosaic of immigrants, and there are important minorities to consider, such as French-speaking communities, Métis and First Nations. My own work is primarily with First Nations people. Issues involving mental health and psychiatric disorders must be addressed in a culturally sensitive way.

The Aboriginal population of Saskatchewan is rapidly increasing. I will highlight some of the problem areas relating to First Nations people.

There is a significant co-morbidity in regard to mental health and substance abuse disorders, especially alcoholism and gambling, among both Native youth and adults. This fact underscores an important and largely unmet need to provide culturally appropriate treatment of such co-morbidities.

A large number of First Nations people are homeless, incarcerated or victims of physical and sexual trauma. Research is needed to understand how the lives of our Aboriginal population reached such a stage, and to develop appropriate methods for assessing and managing their mental health.

Acculturated Natives have their own unique problems. They are cast out by their own members, and present several psychosomatic and mental health problems.

Many First Nations patients describe painful and unique histories of growing up in residential schools. They are vulnerable to depression and suicidal impulses. They are likely to experience increased needs for mental health care in comparison to the non-Native population.

We need to develop a coordinated approach to mental illness for all Canadians. This is truly a multicultural country and we must address the specific needs of minorities, visible or not, especially those who do not speak English.

Depression is a common cause of disability, and employers can play an important role in accommodating the recovering mentally ill person's return to the workplace. Federally-funded programs

comprenaient un volet pour les médicaments sur ordonnance. Cela signifie-t-il que les malades mentaux et les toxicomanes auront les médicaments sur ordonnance qu'il leur faut?

À l'heure actuelle, en Saskatchewan, les malades mentaux qui reçoivent de l'aide sociale n'ont souvent pas les moyens de payer 2 \$ pour chacun des quatre ou cinq médicaments sur ordonnance qu'ils doivent prendre.

Par ailleurs, il faudrait établir un programme de soins pour les malades mentaux dans la collectivité. Cela permettrait de prévenir la détérioration des fonctions cognitives et de faciliter la réinsertion sociale.

La Saskatchewan est une mosaïque d'immigrants, et elle compte d'importantes minorités, telles que les francophones, les Métis et les Premières nations, dont il faut tenir compte. Moi, je travaille surtout auprès des Premières nations. Eu égard à la santé mentale et aux troubles psychiatriques, il faut absolument tenir compte des différences culturelles.

La population autochtone de la Saskatchewan croît rapidement. Je vais donc vous exposer maintenant certains des problèmes qui touchent les Premières nations.

Il existe une comorbidité importante chez les jeunes Autochtones ainsi que chez les adultes autochtones en ce qui concerne les problèmes de santé mentale et les problèmes de toxicomanie, et je pense particulièrement à l'alcoolisme et aux jeux. Ce phénomène illustre l'importance de répondre, ce qui n'a pas encore été fait, aux besoins de fournir un traitement approprié du point de vue culturel.

Un grand nombre des membres des Premières nations sont soit itinérants, soit incarcérés soit victimes de traumatisme physique ou sexuel. Il faut donc faire des recherches pour mieux comprendre comment il se fait qu'on en soit arrivé là dans la population autochtone et pour trouver les méthodes appropriées d'évaluation et de gestion de leur santé mentale.

Les Autochtones acculturés ont aussi des problèmes particuliers, car ils sont rejetés par les membres de leurs propres nations et présentent plusieurs problèmes de santé mentale et d'ordre psychosomatique.

Plusieurs patients issus des Premières nations témoignent de récits douloureux et uniques en leur genre d'années passées dans des pensionnats, ce qui fait d'eux des êtres vulnérables à la dépression et aux tentatives de suicide. Ils montrent une probabilité accrue de soins de santé mentale par rapport aux Canadiens non autochtones.

Il nous faut donc adopter une méthode coordonnée qui traite les problèmes de santé mentale pour tous les Canadiens. N'oublions pas que le Canada est un pays véritablement multiculturel et qu'il lui faut donc traiter des besoins spécifiques à ces minorités, visibles ou pas, et particulièrement les minorités qui ne parlent pas anglais.

La dépression est souvent une cause d'incapacité, et les employeurs peuvent jouer un rôle important en ouvrant le milieu de travail à ceux qui ont déjà été atteints de maladie

could assist in public and workplace education to reduce the apprehension and ignorance surrounding mental illness. I know your committee has addressed this in your Report 3.

The incidence of suicide is increasing in Canada. A national suicide prevention strategy could incorporate programs to raise public awareness of this issue, and provide for some kind of intervention.

I will finish my presentation here and allow Dr. Keegan to speak on the subject of regionalization, the successes and challenges for mental health and addictions.

Dr. David Keegan, Member, Saskatchewan Psychiatric Association: I have two objectives in my presentation. The first is to describe the success we have seen in Saskatchewan since the regionalization in the 1990s, first as districts and then regions. This has created strong opportunities for integration.

The second objective is to highlight the challenges that we have seen from the vision of the 1990 Murray commission, which was a vision plan for health in Saskatchewan. The plan integrated into it strong comments about mental health and addictions that, unfortunately, were not followed.

The final point I will speak to first. It relates to the need for a strong national policy. Clearly, from reading your documents, that is the way I see your committee heading. We propose this for both mental health and addictions, and that this recommendation be buttressed with a clearly defined commitment to a certain level of funding for both addictions and mental health. This commitment should be enshrined in a document, either a mandate or a mission statement, and this document should have life for five or 10 years.

Obviously, we realize it will be a challenge to achieve dedicated funding. This proposal would recognize areas with significant population and epidemiological issues, such as mental health and addictions. It is very difficult with the competition that occurs in health care today for these two services to move forward.

We also recommend there be a strong commitment by the federal government to protecting funding for mental health and addictions in the provinces, either in a block or targeted fashion.

From that I would like to return to the two objectives I mentioned. First, it is clear to me, having worked in an integrated model of health care, that an integrated model can provide options than a non-integrated or not-regionalized system cannot provide.

mentale mais qui sont en voie de rétablissement. Le gouvernement fédéral devrait financer des programmes en vue de sensibiliser la population et les divers milieux de travail à ce phénomène, ce qui permettrait de réduire l'apprehension et l'ignorance qui entourent les maladies mentales. Je sais que votre comité en a tenu compte dans son troisième rapport.

L'incidence du suicide augmente au Canada. Par conséquent, une stratégie nationale de prévention du suicide devrait incorporer des programmes qui sensibilisent les Canadiens à ce problème, et qui permettent une certaine intervention.

Je vais donc terminer ici et permettre au Dr Keegan de vous sensibiliser à la question de la régionalisation, et des succès et défis que posent la santé mentale et les toxicomanies.

Le docteur David Keegan, membre, Association psychiatrique de la Saskatchewan : J'ai deux objectifs à remplir aujourd'hui. D'abord, je veux vous décrire les succès que nous avons remportés dans notre province depuis la régionalisation dans les années 90, lorsque nous sommes devenus d'abord des districts, et ensuite des régions. Cette régionalisation a donné lieu de façon positive à l'intégration.

En deuxième lieu, je voudrais vous donner un aperçu des défis émanant de la vision de la commission Murray, de 1990, qui présentait un plan de la santé pour la province. Ce plan intégrait des énoncés très musclés sur la santé mentale et sur les toxicomanies qui sont restés lettre morte, malheureusement.

Je commencerais par mon deuxième objectif qui porte sur la nécessité d'avoir une politique nationale vigoureuse. J'ai d'ailleurs senti, à la lecture de vos documents, que c'était la voie que voulait suivre votre comité. C'est la recommandation que nous formons pour la santé mentale et les toxicomanies, dans la mesure où celle-ci s'appuie solidement sur un engagement clairement défini de financer à un niveau donné les programmes de lutte contre les toxicomanies et les programmes de santé mentale. Cet engagement devrait être entériné par un document, qui pourrait être un mandat ou un énoncé de mission, qui devrait viser les cinq à 10 prochaines années.

Nous nous rendons bien compte que le défi sera grand pour vous d'obtenir un financement spécialement affecté. Mais la proposition pourrait reconnaître que dans certains secteurs de la population il se pose de graves problèmes épidémiologiques, et je pense ici à la santé mentale et aux toxicomanies. Étant donné, toutefois, la concurrence que se livrent aujourd'hui tous les secteurs des soins de santé, je sais qu'il sera très difficile de faire avancer ces deux services.

Nous recommandons également au gouvernement fédéral de s'engager vigoureusement à protéger le financement de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies dans les provinces, soit de façon globale ou de façon ciblée.

J'aimerais maintenant revenir aux deux objectifs que j'ai mentionnés plus tôt. D'abord, pour avoir travaillé avec un modèle intégré des soins de santé, il m'apparaît clairement qu'un modèle comme celui-là peut fournir des options, contrairement à un système non intégré ou non régionalisé.

Areas relating to primary care would benefit most from dedicated funding. The two major concepts that I believe have potential benefits for health care are early intervention approaches starting with children, youth and young adults, and what is called the chronic disease management programs. I am sure your committee has heard about these.

Both of these would use a team approach linking right at the centre of primary practice — family practice, primary care nursing with social workers, psychologists, psychiatrists and other resources being available to buttress that entry point and hopefully, able to intervene early.

Chronic disease management is being studied presently in our province with respect to diabetes, lung disease and other conditions. This management would be ideally suited, as has happened in Australia, to depression, because it is such a large problem.

One challenge with many of the conditions involving mental health and addictions is that they are not usually a one-shot quick fix; they are generally chronic conditions.

I recommend that you examine whether there is an opportunity to have the so-called ring-fenced funding that might be dedicated to those areas to ensure and encourage the best team approach, and also possibly the best bang for a buck.

It is too early to say whether early intervention and chronic disease management will fulfill the promises. I realize there are all kinds of technological needs but this is a human resource approach that, I think, could work. I do not have a lot of evidence to support that but it would be one area for a national policy to emphasize, and maybe sneak in some targeted funding.

My second point is the downside of regionalization and that is why I have raised the Murray commission document of 1990. We have appended the section on mental health, addictions and social policy from that, although the complete document is available to the public.

The reason I have raised it is that regionalization can be proposed as a way that all systems could work well together, and could use epidemiologic and population health formulas to distribute funding. In fact, that was the argument I heard from our Saskatchewan government, which is antithetical in a way to the Murray commission.

The Murray commission had a lot of input from people working in mental health and addictions who were frightened of regionalization because there was a sense that if you lost a strong central authority and closeness to government or power, the regions could very well not do what was sought.

Les secteurs des soins primaires profiteraient le plus d'un financement particulier. Les deux grandes notions qui, à mes yeux, offrent des avantages en matière de soins de santé, sont l'intervention précoce auprès des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, ainsi que ceux qu'on appelle les programmes de gestion des maladies chroniques, dont votre comité a sans aucun doute déjà entendu parler.

Les deux pourraient avoir une approche d'équipe et s'inscrire au coeur même de la pratique primaire — soit la pratique familiale, soit les soins infirmiers en soins primaires auprès des travailleurs sociaux, des psychologues, des psychiatres et d'autres ressources qui viendraient soutenir ce point d'entrée et, espérons-le, intervenir de bonne heure.

La gestion des maladies chroniques fait présentement l'objet d'études dans notre province et s'intéresse au diabète, aux maladies pulmonaires et à d'autres états pathologiques. Ce type de gestion conviendrait parfaitement à la dépression, comme on l'a vu en Australie, étant donné l'ampleur du problème.

L'un des grands défis que posent les nombreux troubles de santé mentale et les toxicomanies, c'est que l'on ne peut pas véritablement parler de guérison rapide et ponctuelle, puisqu'il s'agit généralement de problèmes chroniques.

Voici ce que je vous recommande : demandez-vous s'il ne serait pas possible de consacrer un financement particulier à ces secteurs et d'encourager nos méthodes par équipe, et d'obtenir ce qui est le plus rentable.

Il est trop tôt pour dire si l'intervention précoce et la gestion des maladies chroniques rempliront leurs promesses. Je sais bien que les besoins technologiques sont divers, mais ce que je vous propose, c'est la voie des ressources humaines qui pourrait donner des résultats. Je n'ai pas beaucoup de preuves en main, mais il vaudrait la peine que la politique nationale mette l'accent là-dessus, tout en lui réservant un financement.

Deuxièmement, j'aimerais aborder les inconvénients de la régionalisation, et c'est la raison pour laquelle j'ai mentionné le document de 1990 de la Commission Murray. Nous avons d'ailleurs annexé le chapitre qui portait sur la santé mentale, la toxicomanie et la politique sociale tiré de ce document, bien que le document au complet soit du domaine public.

Si je vous en parle, c'est que la régionalisation pourrait être proposée d'une façon qui permettrait à tous les systèmes de se conjuguer et pourrait utiliser l'épidémiologie et la santé des populations comme formule en vue de distribuer le financement. C'est d'ailleurs l'argument qu'a invoqué le gouvernement de la Saskatchewan, et qui va en sens inverse de la commission Murray.

La commission Murray a entendu beaucoup de gens oeuvrant dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie qui disaient craindre la régionalisation. En effet, ils craignaient qu'en perdant une autorité centrale d'envergure et en s'éloignant du gouvernement ou du pouvoir, les régions pourraient impunément ne pas combler les besoins.

The government's argument was that with regionalization it would be close to the boards locally, and boards would recognize the tremendous challenges there are for mental disorders and addictions.

Unfortunately, that has not been the case; the competition has been hot and heavy at the regional level, and mental health and addictions have not thrived.

The Murray commission did not identify a funding amount for mental health but did outline a ring-fenced plan that encouraged the government to emphasize mental health and put more money into it.

It also envisioned a commission that would be similar to the addictions commission of that time, which was called Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, SADAC. Just as the Murray commission did, what we call in the vernacular the Kirby or the Keon commission will approach government to say, we need to do these things.

I am saying that the downside is that one has to be aware that what may be presented as good arguments may not be followed in the future.

The Murray commission had a good idea to make sure that there was some organization that would fight in a significant way that governments had said was okay. Unfortunately, mental health did not get its commission and SADAC was disbanded. It was all sent to the regions with small numbers of people in government.

Regionalization in mental health and addictions has not occurred as the Murray commission recommended in Saskatchewan. It has occurred in a non-protected, non-ring-fenced or non-encouraged way. Therefore, even though there is tremendous potential in the area of mental health and addictions because of regionalization, it needs the support of some central authority relating to government. This authority will make sure that with budget cuts, the need for more technology, long wait lists in surgery and medicine, the stigma, and other reasons that keep addictions and mental health from thriving in health care, mental health care will prevail.

That is all I want to say. I believe Saskatchewan has done well to regionalize. Saskatchewan has done many things that have been forward-looking. Unfortunately, although forward-looking, often budgetary issues in Saskatchewan, whether they be deinstitutionalization or regionalization, tend to somehow leave mental health and addictions to settle down towards the bottom somewhere.

The Deputy Chairman: I thoroughly enjoyed that presentation and I will discuss it with you a little later.

Dr. Dhanpal Natarajan, Past Chair, Saskatchewan Psychiatric Association: Thank you very much for giving me the opportunity to be here. Because of the time factor I will focus only on the

Le gouvernement prétendait que la régionalisation lui permettait de se rapprocher des conseils locaux de la santé lesquels pouvaient reconnaître les grands défis que posaient les troubles mentaux et la toxicomanie.

Malheureusement, cela ne s'est pas avéré : la concurrence a été féroce au niveau régional, et la santé mentale et les toxicomanies en ont pâti.

La commission Murray n'a pas défini un montant de financement précis pour la santé mentale, mais a toutefois énoncé un plan précis encourageant le gouvernement à mettre l'accent sur la santé mentale et à y injecter plus de fonds.

Elle a également envisagé la création d'une commission qui ressemblerait à la commission sur les toxicomanies de l'époque, appelée à l'époque la SADAC, ou la Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission. Tout comme l'a fait la Commission Murray, la Commission Kirby ou la Commission Keon, peu importe le nom choisi, pourrait aborder le gouvernement pour lui dire ce qu'il faut faire.

Le revers de la médaille, c'est qu'il vous faut être bien conscient que les arguments présentés comme étant valables pourraient ne pas être suivis.

La commission Murray avait une bonne idée pour s'assurer qu'une organisation lutterait éventuellement bec et ongles d'une façon acceptable pour les gouvernements. Malheureusement, il n'y a pas eu de commission sur la santé mentale et la SADAC a été démantelée. Tout a été envoyé aux régions, loin du gouvernement.

La régionalisation de la santé mentale et des toxicomanies ne s'est pas concrétisée comme l'avait recommandé la commission Murray en Saskatchewan. Elle s'est faite de façon non protégée, non ciblée ou non encouragée. Par conséquent, même si la régionalisation présente tout de même un énorme potentiel en matière de santé mentale et de toxicomanie, il lui faut tout de même le soutien d'une autorité centrale qui ait des liens avec le gouvernement. Cette autorité devra faire en sorte qu'il continue à y avoir des soins en matière de santé mentale, en dépit des compressions budgétaires, des lacunes en technologie, des longues listes d'attente en chirurgie et en médecine, des stigmates et des autres raisons qui empêchent les soins accordés aux toxicomanes et aux personnes atteintes en santé mentale de se développer.

Voilà ce que je voulais vous dire. Je crois que la Saskatchewan a eu raison de régionaliser ses services. La province a pris plusieurs mesures d'avant-garde mais malheureusement, à cause de contraintes budgétaires découlant de la désinstitutionalisation ou de la régionalisation en Saskatchewan, les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie sont laissés pour compte.

Le vice-président : J'ai trouvé votre exposé captivant et je vous en reparlerai tout à l'heure.

Le docteur Dhanpal Natarajan, ancien président, Saskatchewan Psychiatric Association : Merci de m'avoir invité à cette réunion. Pour respecter le temps qui m'est imparti, j'aborderai uniquement

technology, telepsychiatry and telehealth aspects that I feel are extremely important in any health service delivery system.

After listening to all the provinces at the Council of Provinces Committee of the Canadian Psychiatric Association, it is strikingly clear that the distribution of psychiatrists is more towards the bigger cities, and there is always a problem in recruiting and retaining psychiatrists in smaller regions.

As department head, I have been active with recruiting in Regina. In my experience, every time I have spoken with a recruit they have asked and expected our centre to carry out academic and research activities. When they learn that it is not as good as they expected, they do not come here.

The same problem happens in the smaller regions where there is a chronic shortage of psychiatrists, and positions are not filled; they are not filled simply because of a lack of academic and research activities.

Being aware of that problem I thought of introducing televised Psychiatric Grand Rounds. That began in March, and we have connected various small regions and included them in the Grand Rounds, which are important to maintain your academic knowledge. The Royal College of Physicians and Surgeons expects all physicians to accumulate credits every year. Psychiatrists must acquire 400 credits in a period of five years. Televised Grand Rounds is a means of providing that opportunity to accumulate credits in the smaller regions.

That is the only point I wanted to make, the need for technology. We in Saskatchewan are attempting to make an impact on that. There is an article in the *Medical Post* news this week, a copy of which you already have.

Dr. Thakur: I think that completes our presentations.

The Deputy Chairman: You may not be aware that Senator Callbeck is a former minister of health and a former premier of the province of Prince Edward Island. She has dealt with these issues at a high level, and has been a tremendous asset, of course, to our committee.

If I may begin with you, Dr. Natarajan, then I will come back to Dr. Thakur and Dr. Keegan, and then turn you over to Senator Callbeck.

Although you have made progress, your primary problem and the primary problem across the country is organized infrastructure. You are short of psychiatrists, no question about that. If there was an organized infrastructure for the expertise of psychiatrist to filter down to the small communities I think the problems would be somewhat alleviated, temporarily at least; they will not be overcome. As long as you have a child who needs a child psychiatrist and there is not one available, you have a real

les aspects de la technologie, de la télépsychiatrie et de la télésanté qui à mon avis sont extrêmement importants dans n'importe quel système de prestations de soins de santé.

À la lumière de propos tenus par les représentants de toutes les provinces au conseil des provinces de l'Association des psychiatres du Canada, il est évident que les psychiatres sont concentrés dans les grandes villes et qu'il est toujours difficile de recruter et de garder des psychiatres dans les petites régions.

En tant que chef de service, je recrute activement des candidats à Regina. D'après mon expérience, tous les candidats nouvellement recrutés s'attendent à ce que notre centre offre des activités d'enseignement et de recherche. Quand ils découvrent que la réalité n'est pas à la hauteur de leurs attentes, ils ne viennent tout simplement pas ici.

Le même problème se pose dans les petites régions qui connaissent une pénurie chronique de psychiatres et où les postes ne sont pas comblés; si l'on n'arrive pas à combler ces postes, c'est en raison de l'absence d'activités d'enseignement et de recherche.

Pour pallier ce problème, j'ai eu l'idée d'organiser des séances scientifiques télévisées en psychiatrie. Elles ont commencé en mars et depuis, nous avons branché plusieurs petites régions que nous avons incluses dans ces séances scientifiques qui sont importantes pour permettre aux psychiatres d'entretenir leurs connaissances. Le Collège royal des médecins et des chirurgiens demande à tous les médecins d'accumuler des crédits chaque année. Les psychiatres doivent acquérir 400 crédits au cours d'une période de cinq ans. Les séances scientifiques télévisées leur permettent d'accumuler des crédits même s'ils travaillent dans de petites régions.

C'est la seule question sur laquelle je voulais insister : la nécessité d'outils technologiques. En Saskatchewan, nous essayons de répondre à ce besoin. Il y a un article à ce sujet dans le numéro de cette semaine du *Medical Post*, dont vous avez un exemplaire.

Le Dr Thakur : Voilà qui termine nos déclarations.

Le vice-président : Vous ignorez peut-être que madame le sénateur Callbeck a déjà été ministre de la Santé et première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard. Elle a donc une vue d'ensemble de ces questions et, naturellement, elle enrichit énormément notre comité.

Ma première question s'adresse au Dr Natarajan; je reviendrai ensuite au Dr Thakur et au Dr Keegan, avant de céder la parole au sénateur Callbeck.

Malgré les progrès réalisés, votre principal problème ici, comme partout ailleurs dans le pays, se situe au niveau de l'organisation de l'infrastructure. Vous manquez de psychiatres, cela ne fait aucun doute. S'il y avait une infrastructure organisée permettant aux petites collectivités de profiter de l'expertise d'un psychiatre, je crois que cela atténuerait les problèmes, du moins temporairement, sans toutefois les éliminer. Si vous avez un enfant qui doit voir un pédopsychiatre alors qu'aucun n'est

problem. There is no doubt about that. There is a lot of expertise if it could be distributed the way it probably was envisioned 10 years ago here.

Patients do not like to be called clients but I prefer to call them clients because I think it delivers a message that they are the ones who drive the system and they will eventually get what they want. They have usually driven industry to give them what they want.

When you listen to the clients, they tell us that the major defects in the system now are access to community services; opportunities to organize and help themselves; and access to social services when they do not have appropriate housing and income, to give them assistance with their problems in life if they are in a down time and cannot cope with them. They would like those community services to be able to guide them to you folks when they need you. There will be times when they do not need you, and the people in the trenches can take care of them.

Dr. Natarajan, how much infrastructure do you have now in this province that allows you to communicate the way you should be communicating?

Dr. Natarajan: The infrastructure we have in Regina allows us to do the educational activities but not to incorporate that into clinical service. We have a committee that is working on trying to expand the telehealth facilities. I would say that is still at a primitive stage compared to other provinces. More units are needed in the smaller regions so that we can involve more of them.

Particularly because of the shortage of psychiatrists, if we have the units all over the province in smaller regions, we could have clinical service also delivered so that a patient does not have to travel all the way to Regina. We do not have much at this time in our province compared to Alberta.

The Deputy Chairman: Do you think there is an adequate number of psychiatric nurses, for example, nurse clinicians in psychiatry, to help you?

Dr. Natarajan: I would say there is a shortage of nurses.

The Deputy Chairman: You have huge manpower problems no matter where you look?

Dr. Natarajan: Yes.

The Deputy Chairman: And woman power problems, person power problems — I am a little old fashioned, excuse me, Dr. Thakur.

Dr. Keegan: I think you will find the Conway report, "Appendix A," helpful because it is a recent document, 2002, which was requested by the government to examine human resources within mental health and addictions broadly. I think that will give you some insights. It is across the piece.

disponible, vous avez un véritable problème. Cela ne fait aucun doute. La population pourrait profiter des connaissances des psychiatres si on arrivait à répartir leurs services de la façon dont on l'avait prévu il y a dix ans.

Les patients n'aiment pas qu'on les appelle des clients, mais je préfère quant à moi utiliser le mot clients parce qu'il indique bien que ce sont eux qui façonnent le système et qui finiront par obtenir ce qu'ils souhaitent. Par le passé, les clients ont généralement amené les entreprises à leur fournir ce qu'ils souhaitent.

La plupart des clients nous disent que les principales lacunes du système sont le manque d'accès aux services communautaires, le manque d'occasions pour les clients de s'organiser et de s'entraider, et les difficultés d'avoir accès aux services sociaux lorsqu'ils n'ont pas un logement ou un revenu décent, services qui les aideraient à régler les problèmes de leur vie courante s'ils se trouvent dans une période particulièrement difficile et sont incapables de le faire eux-mêmes. Ils voudraient que ces services communautaires puissent les diriger vers des gens comme vous, lorsqu'ils en ont besoin. À certain moment, cependant, ils n'auront pas besoin de vous et les intervenants de première ligne suffiront pour répondre à leurs besoins.

Docteur Natarajan, avez-vous en Saskatchewan l'infrastructure nécessaire pour communiquer comme vous souhaiteriez le faire?

Le Dr Natarajan : L'infrastructure actuelle à Regina nous permet d'offrir des activités éducatives mais par de les incorporer dans nos services cliniques. Nous avons formé un comité qui tâche de trouver des moyens d'étendre les installations de télé santé. Par rapport à celles d'autres provinces, nos services sont encore au stade embryonnaire. Il faut installer plus d'unités dans les petites régions afin d'amener un plus grand nombre à participer.

Étant donné la pénurie de psychiatres, nous pourrions offrir des services cliniques également afin que les patients n'aient pas à venir à Regina, s'il y avait des installations de télé santé dans toutes les petites régions de la province. Nous n'en avons pas beaucoup à l'heure actuelle comparativement à l'Alberta.

Le vice-président : Avez-vous assez d'infirmières spécialisées en soins psychiatriques, par exemple des infirmières praticiennes en psychiatrie, pour vous aider?

Le Dr Natarajan : Nous manquons d'infirmières.

Le vice-président : Vous avez donc de graves pénuries de main-d'œuvre dans tous les secteurs?

Le Dr Natarajan : Oui.

Le vice-président : Et sur le plan des effectifs féminins, des ressources humaines — excusez-moi, docteur Thakur, je suis peu vieux jeu.

Le Dr Keegan : L'annexe 1 du rapport Conway vous sera peut-être utile parce qu'il s'agit d'un document récent, paru en 2002, rédigé à la demande du gouvernement pour décrire l'état des ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et du traitement des toxicomanies. Ce document vous donnera une idée de l'ensemble de la situation.

We are from the Saskatchewan Psychiatric Association but we could speak equally from the psychiatric nurses' standpoint or the standpoint of psychologists or social workers.

The Deputy Chairman: Before I read it, and I will, in a word tell me what it says.

Dr. Thakur: It says that there is an acute shortage of all medical professionals in all specializations. It also says that one in five people in Saskatchewan will require psychiatric help, and there are no proper services available. The community rehabilitation programs are also short to provide these kinds of services. The situation is more serious for the chronically mentally ill or seriously mentally ill patients.

In social work, they lean more towards social services rather than providing services in the psychiatric model.

Psychologists are very few and they prefer private practice because the health care services do not have a special program for them to have a team-work kind of approach.

Family practitioners are overburdened with their own clinical work, so they do not have much time to pay attention to mentally ill patients.

I have previously mentioned waiting lists to see psychiatrists. Dr. Conway recommended looking into this area and providing the funding required to improve the process. Unfortunately, his report has been put on the shelf.

The Deputy Chairman: It is a truly desperate situation.

Dr. Thakur: It is.

The Deputy Chairman: I was a heart surgeon before I retired. I would hate to think of someone waiting 18 months to get an aortic valve replaced.

Dr. Thakur: I have a private practice that is comprised mostly of First Nations people; people who are unemployed, most of them are on social services; the elderly; and minorities whose families came here two or three generations ago and they do not speak English well — they have had mostly labouring jobs and now they are old. That is the type of population that I serve.

I see on average four new patients a day. There are no ancillary services available for them because another part of the problem is that the services are localized in other areas and they cannot afford to travel. They see a psychiatrist, and that is the only person they can see.

There are demographic problems in regards to where clinics are situated, and where the rehabilitation programs are. Also, there is a long waiting list to get patients into those programs. The waiting list for mental health services counselling programs is six months.

Même si nous sommes membres de la Saskatchewan Psychiatric Association, nous pourrions tout aussi bien vous présenter le point de vue des infirmières en soins psychiatriques, des psychologues ou des travailleurs sociaux.

Le vice-président : Je vous assure que je vais le lire, mais pourriez-vous me résumer brièvement ce que ce document contient.

Le Dr Thakur : Il fait état d'une grave pénurie de professionnels de la santé dans tous les domaines spécialisés. On peut y lire également qu'une personne sur cinq en Saskatchewan aura besoin de soins psychiatriques, mais que ces services ne sont pas disponibles. Les programmes de réinsertion sociale n'ont pas, eux non plus les ressources nécessaires pour offrir ces services. La situation est encore plus grave dans le cas des personnes atteintes de maladies mentales chroniques ou graves.

Les travailleurs sociaux préfèrent offrir les services sociaux plutôt que les services inspirés du modèle psychiatrique.

Les psychologues sont très peu nombreux et ils préfèrent exercer leur profession en cabinet privé parce que les services de santé n'ont pas de programme qui leur permettrait de faire partie d'une équipe de soins.

Les médecins de famille étant déjà débordés par un trop grand nombre de patients n'ont pas beaucoup de temps à consacrer aux patients atteints de maladie mentale.

J'ai évoqué tout à l'heure les listes d'attente en psychiatrie. Le Dr Conway avait recommandé de se pencher sur ce problème et de débloquer les fonds nécessaires pour améliorer le processus. Malheureusement, son rapport est resté lettre morte.

Le vice-président : La situation semble désespérée.

Le Dr Thakur : En effet.

Le vice-président : J'étais chirurgien cardiaque avant de prendre ma retraite. J'ai peine à imaginer qu'une personne doive attendre 18 mois pour le remplacement d'une valvule aortique.

Le Dr Thakur : J'exerce en cabinet privé auprès d'une clientèle essentiellement autochtone. Mes patients sont chômeurs et la plupart d'entre eux vivent de l'aide sociale. J'ai aussi parmi mes patients des personnes âgées et des membres de minorités ethniques dont la famille est arrivée au Canada il y a deux ou trois générations et qui ne parlent pas bien l'anglais. Ces gens ont exercé les emplois les plus pénibles maintenant ils vieillissent. Voilà le type de services que je fournis.

Je vois en moyenne quatre nouveaux patients chaque jour. Ils n'ont pas accès à des services auxiliaires parce que ces services sont situés dans d'autres villes et qu'ils n'ont pas les moyens de s'y rendre. Ils consultent un psychiatre et ne peuvent voir personne d'autre.

Certains problèmes démographiques se posent relativement à l'emplacement des cliniques et des programmes de réinsertion sociale. Par ailleurs, les patients admissibles à ces programmes sont inscrits sur une longue liste d'attente. Il faut attendre six mois pour avoir accès à des services de psychothérapie.

I interviewed a suicide patient, a 25-year-old girl who was deeply suicidal. She stayed unconscious for seven days. I kept her in the hospital because I believed she needed counselling and support, and there is a six-months wait for counselling. Patients like that have nowhere to go.

These are some of the crisis issues that we face as practitioners in this province. Even in Saskatchewan where we have the facilities, we cannot use the services.

Then there is the problem that Dr. Natarajan referred to. The rural communities do not have psychiatric services, so there is a domino effect on the major centres like Saskatoon and Regina.

In Saskatoon, psychiatrists have commitments to teach, research and administrate. On top of that, there is a heavy clinical load imposed on them; not only a clinical load but they have to look after subspecializations. It becomes practically redundant and you get burnt out. Then you say, "To heck with it, I do not want to stay here any more; I will go somewhere else."

Recently, we had four residents who had just qualified, and together with Dr. Raymond Tempier I was working hard to keep them here. I submitted several documents to the Mental Health Services and the office of the Minister of Health, and they could not find the alternative funding. We pointed out that this is the direction the whole nation is taking for psychiatrists, that they need niche funding, like fee for service. At the same time, for indirect services to reach out to clients, they need alternative funding, which our system does not provide. Our residents, who are given these kinds of options, plus research and teaching obligations, go somewhere else.

The Deputy Chairman: For health professionals such as psychologists, social workers and so forth, if you have the people in a given area, are you able to get funding to pay them, or is that a problem as well?

Dr. Thakur: The problem is that they cannot dip into the Medical Care Insurance Branch, MCIB. They have to be paid on a salary, and there are not enough positions. I think they are negotiating to be able to bill MCIB but we do not know where that is at.

The Deputy Chairman: Is funding a problem even if you can find somebody to work in that area?

Dr. Keegan: I think the majority of psychologists, other than ones that are in the training programs and educators at the university, tend to go to private practice where they bill the clients directly or through an employee assistance program. The mental health program has long waiting lists and so if there are any other options, they are encouraged.

A number of graduating clinical psychologists or social workers work on their own in individual offices. That is why I emphasized the excitement that could occur with a shared-care model around primary practice. If there was funding available in

J'ai interviewé une patiente, une jeune femme de 25 ans qui était très suicidaire. Elle est restée inconsciente pendant sept jours. Je l'ai gardée à l'hôpital parce que je croyais qu'elle avait besoin de counselling et de soutien, et l'attente pour le counselling est de six mois. Des patients comme elle n'ont nulle part où aller.

Tels sont les problèmes critiques auxquels nous, les praticiens de la province, faisons face. Même en Saskatchewan où nous avons les installations voulues, nous ne pouvons pas utiliser les services.

Il y a ensuite le problème qu'a mentionné le Dr Natarajan. Les milieux ruraux n'ont pas de services psychiatriques, ce qui cause donc un effet domino sur les principaux centres comme Saskatoon et Regina.

À Saskatoon, les psychiatres doivent enseigner, faire de la recherche et de l'administration. En plus, on leur impose une lourde charge clinique; pas seulement une charge clinique, ils doivent aussi s'occuper des sous-spécialisations. Ça devient pratiquement infaisable puis on s'épuise. On dit alors : « J'en ai assez, je ne veux plus rester ici; j'irai ailleurs. »

Nous avons récemment quatre résidents qui venaient d'être reçus, et de concert avec le Dr Raymond Tempier, je me suis donné du mal pour les garder. J'ai soumis plusieurs documents aux Services de santé mentale et au bureau du ministre de la Santé, et ils n'ont pas pu trouver de nouveaux fonds. Nous avons fait valoir que c'est l'orientation que prend tout le pays pour les psychiatres, ils ont besoin de créneaux de financement à eux, le paiement à l'acte par exemple. Cela étant dit, si l'on veut que les services indirects rejoignent les clients, ils ont besoin d'autres sortes de financement, ce que notre système n'assure pas. Nos résidents, à qui l'on offre ces options, en plus de la recherche et des obligations d'enseignement, vont ailleurs.

Le vice-président : Pour les professionnels de la santé comme les psychologues, les travailleurs sociaux et autres, si vous avez le monde qu'il vous faut dans une certaine région, pouvez-vous obtenir le financement voulu pour les rémunérer, ou est-ce que cela fait problème aussi?

Le Dr Thakur : Le problème, c'est qu'ils n'ont pas accès au Medical Care Insurance Branch, le MCIB. Ils doivent être salariés, et il n'y a pas suffisamment de postes. Je crois qu'ils négocient en ce moment pour pouvoir adresser leurs factures au MCIB, mais nous ne savons pas où ils en sont.

Le vice-président : Le financement est-il difficile même si vous pouvez trouver quelqu'un pour travailler dans ce domaine?

Le Dr Keegan : Je crois que la majorité des psychologues, autres que ceux qui sont dans les programmes de formation et les enseignants universitaires, ont tendance à aller en pratique privée où ils se font payer directement par le patient ou par un programme d'aide aux employés. Il y a de longues listes d'attente pour le programme de santé mentale, et donc s'il y a d'autres options, c'est encourageant.

Un certain nombre de psychologues cliniques ou de travailleurs sociaux fraîchement diplômés ouvrent leurs bureaux à eux. C'est la raison pour laquelle j'ai souligné l'enthousiasme qu'on pourrait créer avec un modèle de soins à partager dans la pratique

a block way, where psychologists or social workers could work in a team approach, it could have advantages of drawing them back to working with family physicians. I am not suggesting they are not doing good work, because counselling is very much needed but it is not integrated, it is private practice. Most counselling that takes place in the province is in the fee-for-service sector by psychologists, social workers and other disciplines.

The Deputy Chairman: Yesterday, we heard from a community service in Brandon. They have somehow been able to put together a multi-disciplinary team and have psychiatrists come in from Winnipeg a couple of times a week. They have the infrastructure there that allows them to take care of the patients from a medical and social point of view. I was impressed.

Dr. Keegan: It sounds interesting.

The Deputy Chairman: I would love to do a walkabout there, and if I can find a free day I will go back and see if it is real, because it sounds exciting. They appear to me to be the only people across the country able to do that. Everybody else is hitting all these barriers and silos of position descriptions. This person is fee-for-service funded and this person is private, and they are not able to put the package together to get that multi-disciplinary team up and running.

Let me come back to you, Dr. Keegan. Senator Kirby and I have not tried this on the real brain power of our committee yet but we have been wrestling with the idea of whether there should be a national commission with a sunset clause. In other words, give it 10 years, give it a shot of money, let it do its job and then let it self-destruct.

You have lived through that provincially. What do you think of that idea nationally?

Dr. Keegan: My sense would be that the Murray commission's view on mental health and addictions was advanced thinking. The commission was very supportive of regionalization. They developed a whole map of regionalization but they said there were weaknesses in it. It needed some strong authority such as a commission at arm's length from government, such as SADAC. SADAC was the alcoholism commission, which was at arm's length. That could have led to increased funding or, at least, targeted funding that said to government, this has to happen.

It would have to be a group that would say, we are keeping our eye on mental health and addictions funding.

My experience has been, with the enthusiasm about what the Murray commission envisioned and then how it has turned out, with little central authority, little autonomy and little targeted funding, mental health and addictions have wallowed, in a way.

I think mental health funding could be marginally up from its 2.3 per cent of the budget in 1989 to maybe 3 per cent. In Saskatoon, it is about 3 per cent of the budget. We have amalgamated mental health and addictions because we believe in integration; that mental health and addictions should be

primaire. Si l'on trouvait du financement en bloc, qui permettrait aux psychologues ou aux travailleurs sociaux de travailler en équipe, cela pourrait avoir pour avantage de les rapprocher de nouveau des médecins de famille. Je ne dis pas qu'ils ne font pas du bon travail, parce qu'on a grand besoin de counselling, mais ce n'est pas une activité intégrée, c'est une pratique privée. Le gros du counselling qui se fait dans la province, c'est dans le secteur du paiement à l'acte, avec des psychologues, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels.

Le vice-président : Nous avons entendu parler hier d'un service communautaire à Brandon. Ils ont réussi à créer une équipe multidisciplinaire à laquelle se joignent des psychiatres de Winnipeg deux ou trois fois par semaine. Ils ont l'infrastructure voulue qui leur permet de soigner les patients d'un point de vue médical et social. J'étais impressionné.

Le Dr Keegan : Cela semble intéressant.

Le vice-président : J'aimerais bien aller me promener là-bas, et si je peux me libérer une journée, je vais y retourner pour voir si c'est vrai, parce que cela semble fascinant. On dirait qu'ils sont les seuls dans le pays à pouvoir le faire. Tous les autres se heurtent à tous ces obstacles et à ces exposés de fonction. Untel est payé à l'acte et l'autre est dans le privé, et ils ne sont pas capables d'unir leurs efforts pour créer une équipe multidisciplinaire et fonctionnelle.

Permettez-moi de revenir à vous, docteur Keegan. Le sénateur Kirby et moi-même n'avons pas soumis cette idée au véritable cerveau de notre comité, mais le fait est que nous avons discuté de l'idée de créer une commission nationale d'une durée déterminée. Autrement dit, qu'on lui donne 10 ans, qu'on lui donne un paquet d'argent, qu'on la laisse faire son travail et qu'elle s'autodétruit ensuite.

Vous avez vécu cette expérience à l'échelle provinciale. Que pensez-vous de cette idée à l'échelle nationale?

Le Dr Keegan : Je pense que l'idée que se faisait la commission Murray de la santé mentale et des toxicomanies était avant-gardiste. La commission était très favorable à la régionalisation. Elle a créé toute une carte de la régionalisation mais a dit que celle-ci présentait des lacunes. Il fallait une autorité forte, par exemple une commission indépendante du gouvernement, comme la SADAC. La SADAC était la commission sur l'alcoolisme, qui était indépendante. Cela nous aurait permis d'accroître le financement, ou du moins, de cibler le financement de manière à dire au gouvernement, voici ce qu'il faut faire.

Il faudrait créer un groupe qui dirait, nous nous occupons de la santé mentale et du financement des toxicomanies.

Avec l'enthousiasme qu'avait la commission Murray et ce qui en est advenu, avec une autorité centrale faible, peu d'autonomie et peu de financement ciblé, j'ai constaté que la santé mentale et les toxicomanies ont été perdues de vue, d'une certaine manière.

Je crois que le financement de la santé mentale pourrait être augmenté un peu, du 2,3 p. 100 du budget en 1989 à peut-être 3 p. 100. À Saskatoon, c'est environ 3 p. 100 du budget. Nous avons amalgamé la santé mentale et les toxicomanies parce que nous croyons dans l'intégration; nous pensons que la santé

together. I checked yesterday and combined, they receive 4.1 per cent of the Saskatoon Health Region budget, which is \$580 million. That figure encompasses all mental health and addictions services, with 3 per cent for mental health and 1 per cent for addictions.

Obviously, the Murray commission envisaged that the funding would increase, but instead it has been static. I do not think we have lost funding but I think it has been incrementally low. Therefore, that would be my recommendation, if you are listened to and have the clout as a committee.

The only sunset clause we had when they introduced regionalization was the Minister of Health said for two years you cannot touch mental health and addictions funding, to reduce it. They did not say it had to be increased. They told the regions and districts they were ring-fencing but that had a two-year sunset clause. After that, there has been competition and fighting for funding. As you know, mental health and addictions do not do very well in head-to-head competition with high-powered, acute-care medical service needs. From your experience as a cardiovascular surgeon, you know where we are, compared to that.

Dr. Thakur: Let me give you one example. Recently in Saskatoon, we had a children's treatment centre at a local level. We call it a Community Adolescent Treatment Unit, CATU, and it was run as an NGO for with \$300,000 a year in funding. Saskatoon Health Region had a gross deficit so they closed the CATU and kept the money. That is the state of affairs with the health region. When there is a deficit, the mental health services suffer. We could not persuade them to keep it. When we went to our MLA, I got a thick presentation from his office saying that it was not functioning at its best so they closed down the centre and put the money into the Saskatoon Health Region. The necessity of providing the services was not mentioned. Child psychiatry and staffing is so limited, and we lost the CATU. That is one example of what has happened in our health region.

Dr. Keegan: I want to assure the senators that mental health is not being picked on; it was across the board because the region was in deficit but mental health was not protected. It was not that we were necessarily picked on but we were not protected.

Dr. Thakur: Ring-fencing might help in that.

The Deputy Chairman: You will be spared a difficult cross-examination from the former premier and minister of health because we have run out of time. Senator Calbeck is gracious enough to listen, and has allowed me to carry on.

mentale et les toxicomanies doivent être groupées. J'ai vérifié hier, et ces services combinés reçoivent 4,1 p. 100 du budget de l'autorité régionale de la santé de Saskatoon, qui est de 580 millions de dollars. Ce chiffre regroupe tous les services de santé mentale et de toxicomanie, avec 3 p. 100 pour la santé mentale et 1 p. 100 pour les toxicomanies.

De toute évidence, la commission Murray s'attendait à ce que le financement augmente, mais il est plutôt resté statique. Je ne crois pas que nous ayons perdu de terrain, mais le financement est resté faible. C'est donc ce que je recommanderais, si l'on vous écoute et si votre comité est influent.

La seule disposition de caducité lorsqu'on a instauré la régionalisation, c'est lorsque le ministre a dit que pendant deux ans, on ne pouvait pas toucher au financement de la santé mentale et des toxicomanies, ou le réduire. On n'a pas dit qu'il fallait l'augmenter. On a dit aux régions et aux districts qu'ils pouvaient réserver ce financement à cette fin uniquement mais seulement pour deux ans. Depuis, il faut se battre pour le financement. Comme vous savez, la santé mentale et les toxicomanies ne tirent pas très bien leur épingle du jeu lorsqu'elles doivent concurrencer directement les services médicaux axés sur les soins actifs qui sont criants. Vous qui êtes chirurgien cardiovasculaire, vous savez où nous en sommes, en comparaison de cela.

Le Dr Thakur : Permettez-moi de vous donner un exemple. Récemment, à Saskatoon, nous avions un centre de traitement des enfants au niveau local. On l'appelait le Community Adolescent Treatment Unit, le CATU, et c'était géré comme une ONG avec un financement de 300 000 \$ par an. L'autorité régionale de la santé de Saskatoon était en situation déficitaire, elle a donc fermé le CATU et gardé l'argent. C'est comme ça que procède l'autorité régionale. Quand il y a un déficit, les services de santé mentale pâtissent. Nous n'avons pas pu la persuader de conserver ce centre. Lorsque nous nous sommes adressés à notre député provincial, j'ai reçu un gros dossier de son bureau me disant que le centre ne fonctionnait pas au maximum, et que c'était la raison pour laquelle on l'avait fermé et qu'on avait redonné l'argent à l'autorité régionale de la santé de Saskatoon. On n'a pas fait mention de la nécessité d'assurer ces services. La psychiatrie pour enfants et le personnel sont tellement limités, et nous avons en plus perdu le CATU. C'est un exemple du genre de choses qui arrivent au niveau de l'autorité de santé régionale.

Le Dr Keegan : Je tiens à assurer aux sénateurs qu'on ne s'en prend pas particulièrement à la santé mentale; on a coupé partout dans la région parce qu'elle était déficitaire, mais la santé mentale n'était pas protégée. Ce n'est pas qu'on s'en ait pris nécessairement à nous, mais nous n'étions pas protégés.

Le Dr Thakur : Un financement ciblé pourrait vous aider à cet égard.

Le vice-président : On vous fera grâce d'un difficile contre-interrogatoire de la part de l'ancien premier ministre et ministre de la Santé car nous sommes à court de temps. Le sénateur Calbeck a eu la bonté de bien vouloir m'écouter, et m'a donc permis de prendre la parole.

We are deeply appreciative. Thank you so much for coming here and sharing your thoughts with us. We have learned a great deal from Manitoba and Saskatchewan.

Senator Callbeck and I were just commenting that we are learning a lot more from the small provinces than the big ones. The big ones are a mess; the smaller ones are getting their acts together, which I think says something about the need for community services.

Dr. Keegan: Not that I should have or need the last word, but I think Saskatchewan has been so forward-looking, and I think we have survived in mental health and addictions, because there has been enough structure in place. Mental health was regionalized in the 1960s into eight regions. I think the Saskatchewan plan has sustained us and we would be dead in the water if we had not had that.

The Saskatchewan government has put into place infrastructures over the years that make me pleased to be a native of Saskatchewan, and to have stayed here.

On the other hand, we have always realized that when the going gets tough and the funding is not there, there will be cuts, and in mental health and addictions, what we thought we were moving ahead on, we settle back again. We are really looking with optimism to your committee, I can tell you that.

The Deputy Chairman: Paradoxically, we have to admit that anybody in the health field has to be proud to be from Saskatchewan.

Dr. Thakur: Thank you very much for allowing us to present our point of view.

The committee adjourned.

Nous vous sommes fort reconnaissants de votre comparution et vous remercions infiniment d'être venus et de nous avoir fait part de votre point de vue. Nous avons beaucoup appris du Manitoba et de la Saskatchewan.

Le sénateur Callbeck et moi disions justement à l'instant que nous apprenons beaucoup plus des petites provinces que des grandes. Ces dernières sont en très mauvaise posture; alors que les plus petites se sont ressaisies ce qui en dit long sur le besoin de services communautaires.

Le Dr Keegan : Je ne cherche pas vraiment à avoir le dernier mot et je n'en ai pas forcément besoin d'ailleurs, mais je pense que la Saskatchewan a été très avant-gardiste. Si nous avons tenu le coup dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies, c'est parce qu'il y avait suffisamment de structures en place. Pendant les années 60, le domaine de la santé mentale a été divisé en huit régions. Je pense que le plan de la Saskatchewan nous a permis de tenir le coup, sans quoi nous ne nous en serions pas sortis.

Le gouvernement de la Saskatchewan a mis en place, au fil des ans, des infrastructures qui me rendent fier d'être originaire de la Saskatchewan, et d'y être resté.

D'un autre côté, nous nous sommes toujours rendu compte que pendant les périodes difficiles où il n'y a pas de financement, il y a toujours des compressions dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies. C'est précisément à ces moments-là alors qu'on avait l'impression d'aller de l'avant, qu'en réalité on fait marche arrière. Nous sommes très optimistes par rapport à ce que fait votre comité, je peux vous le dire.

Le vice-président : Paradoxalement, il faut avouer que quiconque oeuvre dans le domaine de la santé a de quoi être fier d'être originaire de la Saskatchewan.

Le Dr Thakur : Je vous remercie beaucoup de nous avoir permis de présenter notre point de vue.

La séance est levée.

Farm Stress Line Advisory Group:

Lil Sabiston, Chair;

Ken Imhoff, Manager.

Canadian Mental health Association, Saskatchewan Division:

David Nelson, Executive Director.

Saskatchewan Psychiatric Association:

Dr. Dhanpal Natarajan, Past Chair;

Dr. David Keegan, Member;

Dr. Annu Thakur, Member.

Farm Stress Line Advisory Group :

Lil Sabiston, présidente.

Ken Imhoff, gérant.

Association canadienne pour la santé mentale, section de la Saskatchewan :

David Nelson, directeur administratif.

Association psychiatrique de la Saskatchewan :

Le docteur Dhanpal Natarajan, ancien président;

Le docteur David Keegan, membre;

Le docteur Annu Thakur, membre.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Thursday, June 2, 2005 (morning meeting)

Schizophrenia Society of Saskatchewan:

Thomas Bartram, Member;

Carol Solberg, Executive Director.

Depression and Manic Depression Support Group of Regina:

Frank Dyck.

Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment:

Lisa Simmermon, Public Relations Director.

Mental Health and Addictions Advisory Committee, Five Hills Health Region:

Darrell Downton, Co-Chair;

Les Gray, Co-Chair;

Anne-Marie Ursan, Manager, Rehabilitation Services.

Thursday, June 2, 2005 (afternoon meeting)

Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Robert Allen, Executive Director.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le jeudi 2 juin 2005 (séance du matin)

Société de la schizophrénie de la Saskatchewan :

Thomas Bartram, membre;

Carol Solberg, directrice administrative.

Depression and Manic Depression Support Group of Regina :

Frank Dyck.

Saskatchewan Families for Effective Autism Treatment :

Lisa Simmermon, directrice des relations publiques.

Comité consultatif sur la santé mentale et les toxicomanies, Five Hills Health Region :

Darrell Downton, coprésident;

Les Gray, coprésident;

Anne-Marie Ursan, gérante, Services de réhabilitation.

Le jeudi 2 juin 2005 (séance de l'après-midi)

Registered Psychiatric Nurses of Canada :

Robert Allen, directeur administratif.

(Suite à la page précédente)

